

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1966 - n° 49

ooo

INCIDENCE PSYCHOPATHOLOGIQUE DE LA
TRANSPLANTATION DANS UNE POPULATION MUSULMANE.

ooo

T H E S E
présentée

A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 25 avril 1966

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Robert BERTHELIER

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

né le 17 mars 1935 à Iguerande (S. et L.)

oOo

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1966 - n° 49

ooo

INCIDENCE PSYCHOPATHOLOGIQUE DE LA
TRANSPLANTATION DANS UNE POPULATION MUSULMANE.

ooo

T H E S E

présentée

A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 25 avril 1966

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Robert BERTHELIER

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

né le 17 mars 1935 à Iguerande (S. et L.)

cOo

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires :

M. J. LEPINE - Membre de l'Institut,

M. H. HERMANN - Correspondant de l'Institut

Doyen : M. J.F. CIER

Assesseurs : M. M. LEVRAT

M. L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PATEL - LEPINE - TRILLAT - MOURIQUAND - GARIN - GATE -
MARTIN - GABRIELLE - SANTY - DUCLOS - GUILLEMINET - HERMANN
ROCHET - POLLOSSON - ENSELME - WERTHEIMER - SARROUY.

PROFESSEURS

MM.	
CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique Neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique

MM.	
MCUNIER-KUHN	Clinique d'oro-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie,
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
CREYSSEL	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
DARGENT	Clinique carcinologique
GUICHARD	Anatomie pathologique
GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie chirurgicale
GIRARD Marcel	Clinique médicale D
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge
GONIN	Thérapeutique
MONNET	Bactériologie
BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales
CHATONNET	Physiologie B
GUINET	Clinique endocrinologique
TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique stomatologique
MARION Joseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
DUMONT Louis	Histologie et embryologie
PERROT	Chimie
CIER J.F.	Physiologie A
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque
MATHIER	Clinique gynécologique
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
BERTOYE	Clinique des maladies infectieuses,
VIGNON	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale,
	Pharmacodynamie
CIER André	Biochimie appliquée
VINCENT D.	Chimie biologique et médicale
X....	Clinique chirurgicale B
X....	Clinique médicale infantile B
X....	

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM.	
BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
MANSUY	Neuro-chirurgie
COLLET	Chimie générale et pharmaceutique
LACROIX	Hygiène et climatologie
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
LECUIRE	Neuro-chirurgie
REVOL	Médecine générale
GOINARD	Thérapeutique chirurgicale
PONT Maurice	Médecine générale
TRAEGER	Pathologie métabolique et rénale

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM	
ROMAN	Parasitologie
FEROLDI	Anatomie pathologique
MORET	Physique biologique
ODDOUX	Botanique et cryptogamie
De SOLLIERS	Chimie analytique
DESPIERRES	Médecine générale
GARIN	Parasitologie
TOLOT	Médecine du travail
THIVOLET	Hygiène

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM.	
CREYSSEL Roger	Chimie biologique
PINET	Electro-radiologie
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
DESCOTES	Chirurgie générale
JOUVET	Pathologie expérimentale
PEYRIN	Physique biologique
TOMMASI	Anatomie pathologique
BUFFARD	Electro-radiologie
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
De MOURGUES F.	Stomatologie
NAUSSAC	Maladies infectieuses
REBOUILLAT	Chirurgie générale
ROMAGNY	Pédiatrie
DELAHAYE	Médecine générale

Digitized by the Internet Archive
in 2026

MM.	
DE LEUZE	Anesthésiologie
GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
MICHEL	Anesthésiologie
FRANCOIS	Pédiatrie et puériculture
MICHOULIER	Chirurgie générale
COLOMB	Dermatologie
LAMBERT	Médecine générale
FRIES	Médecine générale
GILLY	Pédiatrie
ROBERT	Médecine générale
BOUCHET	Anatomie
BETHENOD	Pédiatrie
GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie
KALB	Pneumo-phtisiologie
LARBRE	Pédiatrie
SOUSTELLE	Chirurgie générale
VIALA	Médecine générale
VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie
GIROD	Histologie et embryologie
GRAS	Chimie biologique
MALLEIN	Chimie analytique
COLIN	Médecine légale
BERTRAND	Chimie biologique
MARET	Chirurgie générale
VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie
CHOLLAT	Electro-radiologie
FLEURETTE	Bactériologie

MAITRES DES CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

MM.	
FAVRE-GILLY	Hématologie
RIFFAT	Hygiène
FLANDROIS	Physiologie
ROLLET	Pharmacie galénique

AGREGES EN EXERCICE

MM.	
MARION Pierre	Chirurgie générale
BONAMOUR	Ophtalmologie
De MOURGUES Georges	Chirurgie générale
DEVIC	Médecine générale
DUMONT Michel	Obstétrique
DURAND	Urologie

MM.	
FRANCILLON	Chirurgie générale
SAUBIER	Chirurgie générale
SCHOTT	Neuro-psychiatrie
ALLEGRE	Neuro-chirurgie
CHASSARD	Electro-radiologie
FAYASSE	Orthopédie
GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
GARDE	Médecine générale
HUGONNIER	Ophtalmologie
MORNEX	Médecine générale
MOUNIER-KUHN Alain	Chirurgie générale
NORMAND	Médecine générale
PERRIN André	Médecine générale
DUMAS	Stomatologie
GARMIER	Obstétrique
NOEL	Médecine générale
SCHNEPP	Orthopédie
NOTTER	Gynécologie obstétricale

oOo

Examineurs de la thèse :

Président : M. le Professeur DECHAUME,

Assesseeurs : MM. GUYOTAT,
COLIN
TOLOT

oOo

A ma Femme,

A mes Enfants,

A mes Parents,

A ma Grand Mère

A mes Frères et Soeurs

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur DECHAUME

Il a bien voulu accepter de présider
notre jury de thèse. Ses conseils nous
ont été précieux pour la rédaction définitive de ce travail.

Qu'il trouve ici, avec nos remerciements
l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur COLIN

avec l'expression de notre sincère reconnaissance pour l'intérêt qu'il a bien voulu montrer à notre travail.

Qu'il en soit ici remercié.

A Monsieur le Professeur GUYOTAT

A Monsieur le Professeur TOLOT

Ils ont bien voulu accepter de siéger à notre jury de thèse.

Qu'ils trouvent ici nos sincères remerciements.

A mes Maîtres de l'Externat de l'Hôpital St Joseph de LYON

MM. les Docteurs BOUVIER,
MESTRALLET
FRIEH
TREPPOZ
POUZET
VERRIERES
TOURNIAIRE
LYONNET
SAVOYE

A mes Maîtres à l'Hôpital Psychiatrique de La Charité sur Loire

MM. Les Docteurs ACHALLE
BALIER

A Mes Maîtres d'Internat des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

MM. les Docteurs SEVESTRE
PAUMELLE

PLAN

	Pages
Introduction	1
Le camp de Rivesaltes	3
Données numériques	7
- Répartition nosographique	
- Taux d'incidence morbide	
Les syndromes de transplantation	19
Données cliniques :	25
- quelques syndromes	
- esquisse psychopathologique	41
Conclusions	48
Bibliographie	

INTRODUCTION

Durant notre service militaire, le hasard des affectations nous a amené à exercer en tant que médecin-généraliste au Camp de Rivesaltes (Pyrénées Orientales). Nous y avons eu affaire à une population constituée d'anciens supplétifs musulmans de l'armée française en Algérie, qui, en raison de l'engagement politique qu'impliquaient leurs anciennes fonctions, avaient préféré émigrer en métropole et acquérir la nationalité française plutôt qu'affronter les risques inhérents à l'accession de l'Algérie à l'indépendance.

Il s'agissait d'une population globale : la plupart de ces harkis avaient amené leur famille avec eux, surtout, nous étions en présence d'un milieu homogène en dépit des apparences : Kabyles, Chaouïas ou Arabophones, presque tous étaient d'origine purement rurale (95 % environ, d'après une enquête personnelle), qu'il s'agisse d'agriculteurs sédentaires ou de pasteurs semi-nomades. De ce fait, ils n'avaient eu (du moins jusqu'à ce qu'éclatât le conflit algérien) qu'un minimum de contacts avec la civilisation occidentale et avaient conservé en grande partie intacts les coutumes et le mode de vie traditionnels : les difficultés que présentaient les hommes à maîtriser, fut-ce sommairement, la langue française (le vocabulaire d'un de nos malades se bornait avec concision à la locution "oui, mon lieutenant"), l'ignorance complète qu'en manifestaient généralement les femmes, en portaient témoignage.

Nous avons joué au camp de Rivesaltes un rôle de médecin généraliste. Cependant nous avons fréquemment été contraints, par la force des choses, à assurer les consultations de neuro-psychiatrie. Elles nous ont montré l'importance de la pathologie mentale dans cette population. Il nous a semblé que la ré-

partition nosographique, l'aspect clinique et l'évolution des syndromes rencontrés différaient assez sensiblement de ce que nous avons connu en tant qu'internes d'un hôpital psychiatrique métropolitain.

Nous ne sommes certes pas seul à avoir éprouvé cette impression. D'autres ont connu les mêmes difficultés que nous avons rencontrées. Cependant, l'importance numérique de la population que nous avons connue, le rôle prépondérant que paraissait jouer la situation de transplantation dans la genèse des troubles observés, nous ont suggéré l'idée de ce travail.

Il s'agira avant tout pour nous de chiffrer l'incidence de la pathologie mentale au sein de la population en cause et de comparer, dans la mesure du possible, ces données numériques avec celles rapportées par d'autres auteurs. Nous tenterons de dégager ce qui, dans cet ensemble, est lié à la transplantation. Nous donnerons enfin une brève description clinique des principaux syndromes en tentant de dégager ce qui, dans chacun d'eux, nous a paru original.

Nous ne nous cachons cependant pas les limites de ce travail : incomplet, superficiel, il n'est peut être valable que pour la population particulière considérée. De ces tares, nos conditions d'exercice sont en partie responsables. C'est pourquoi, afin de mieux éclairer quand à ce qui fut notre pratique quotidienne, nous avons cru bon de dresser d'abord un tableau de ce qu'était le camp de Rivesaltes.

LE CAMP DE RIVESALTES

Les premiers convois de Harkis arrivant en France après les accords d'Evian, avaient d'abord été regroupés dans le Massif Central, aux camps du Larzac et de Bourg-Lastic. Le camp de Rivesaltes naquit, en septembre 1962 de leur transfert et de leur fusion. Situé dans la plaine du Roussillon, à 15 km au Nord-Ouest de Perpignan, au pied du massif des corbières, il constituait la deuxième agglomération du département des Pyrénées-Orientales. Il comptait une population permanente d'environ 8.000 personnes. 400 nouveaux émigrés, en moyenne, y arrivaient chaque mois d'Algérie ; cet apport était compensé par un nombre à peu près égal de départs. Au total, du 1er décembre 1962 au 30 octobre 1963, nous avons eu affaire à une population d'environ 12.000 personnes.

Le camp était divisé en deux "groupements", eux-mêmes partagés respectivement, en 4 et 5 "villages". Chaque "village" constituait une unité administrative dirigée par un officier assisté d'un ou plusieurs sous-officiers. Il s'agissait donc d'une organisation de type militaire, avec des structures rigides, et un mode de vie calqué sur celui de l'armée (appels quotidiens, nécessité d'être pourvu d'un laissez-passer pour sortir du camp, désignation de corvées, etc....)

Avant d'être affectés à un "village", les nouveaux arrivants passaient d'abord obligatoirement par un centre d'accueil et de transit où il était procédé à leur recensement, à l'établissement de fiches biographiques, aux vaccinations, aux examens de dépistage. Delà, trois destinations pouvaient leur être offertes : reclassement professionnel immédiat pour la minorité privilégiée

possédant une qualification professionnelle, affectation à un village pour la majorité, si possible en fonction des affinités linguistiques et tribales ; quand aux infirmes, aux vieillards isolés, aux veuves, considérés comme non récupérables, ils étaient dirigés vers le camp de Bias (Haute Garonne), dont la fonction était celle d'un village-hospice.

A l'intérieur de chaque "village", les familles musulmanes étaient logées dans d'anciens bâtiments militaires : il s'agissait de baraquements en brique qu'on avait divisés intérieurement par des cloisons de bois. Chaque famille avait droit à une pièce, ce quelque fussent le nombre et l'âge de ses composants. Pour occuper et tenter d'ouvrir l'avenir à la population stable du camp, on avait mis sur pied la "promotion sociale"; elle était composée, en gros, de trois types d'institutions :

- des écoles, qui rassemblaient tous les enfants d'âge scolaire, soit 3500 environ. Il existait également des écoles pour adultes, mais leur taux de fréquentation était extrêmement faible.

- un centre de formation professionnelle accélérée, dont l'intérêt pratique se révéla à l'usage assez faible ; de conception très moderne, il n'était en effet aucunement adapté au niveau socio-culturel de ses usagers. Cependant, il offrait l'avantage de fournir une occupation à une notable fraction de la population masculine du camp; les harkis s'y rendaient, en partie par obligation, en partie par intérêt, car sa fréquentation donnait lieu à l'octroi de prestations en espèces.

- des foyers féminins, dirigés par des monitrices européennes qui y dispensaient un enseignement ménager. Leur taux de fréquentation était à peu près nul : la plupart des femmes préféraient rester chez elles et, de toutes façons, la tradition musulmane leur interdisait de s'y rendre seules.

L'équipe médicale du camp comprenait sept médecins en cours de service militaire placés sous l'autorité d'un médecin-chef. Quatre d'entre eux assuraient des consultations quotidiennes de médecine générale, un autre était affecté aux écoles, un sixième au centre d'accueil et de transit, le dernier à la

Maternité. L'infrastructure médico-sociale proprement dite comprenait deux échelons : à l'échelon primaire, se trouvaient les "antennes médico-sociales" dont était doté chaque village ; on y dispensait les soins courants, chacune d'elles était dirigée par une P.F.A.T. (Personnel Féminin de l'Armée de Terre), de qualification équivalente à celle d'un aide-soignant, assistée de deux auxiliaires musulmanes. Les "antennes" d'un même groupement étaient visitées chaque jour par un des médecins qui y assurait les consultations ; cela représentait 50 à 100 consultations journalières ; en conséquence, les "antennes" jouaient avant tout le rôle d'un centre de tri d'où les malades paraissant devoir exiger plus de quelques minutes d'examen étaient envoyés à l'échelon secondaire, représenté par le Dispensaire Central. Deux médecins y exerçaient et y prenaient les décisions thérapeutiques ; en fonction de la gravité de l'affection, quatre possibilités s'offraient à eux :

- faire exécuter les soins au Dispensaire Central même, dont le personnel comprenait des infirmières diplômées, mais cela obligeait les malades à parcourir à pied, une ou plusieurs fois par jour, des distances variant de 1 à 3 kilomètres.

- faire exécuter les soins à l'antenne médico-sociale du village, ce qui était le cas pour la plupart des traitements médicamenteux.

- admettre le malade à l'hôpital du camp, qui disposait d'une vingtaine de lits, mais était dépourvu de tous moyens diagnostiques : il s'agissait donc avant tout d'un centre de mise en observation.

- enfin, faire admettre le malade au Centre Hospitalier Régional de Perpignan.

Rien n'était prévu dans le domaine de l'Hygiène Mentale, laissée à l'entière discrétion des médecins consultants. En conséquence, un certain nombre de malades relevant d'une consultation spécialisée étaient ignorés et nous échappaient : les interrogatoires hâtifs auxquels étaient obligés nos collègues des "antennes médico-sociales", compliqués par le recours obligatoire à un interprète, en étaient la cause. A cet inconvénient important, inhérent à la structure même de l'organisation médico-sociale, s'ajoutaient les difficultés de coor-

clination au sein du service de santé, l'indocilité fréquente des malades, la relative mouvance de la population. Reste enfin à faire la part des problèmes qui se posaient dès lors que nous étions en présence du malade : ainsi que nous l'avons déjà signalé, la plupart de nos consultants ne pratiquaient que peu ou pas la langue française ; nous devions donc recourir au truchement d'un interprète à la bonne volonté certaine, mais au français approximatif ; il va de soi qu'une relation médecin-malade ainsi médiatisée rendait vaine toute tentative psychothérapeutique. A ce premier obstacle s'ajoutait la remarquable pauvreté sémantique de l'arabe dialectal, en particulier sa carence presque complète en termes abstraits, circonstance dont on appréciera l'importance dans cette spécialité. Enfin, nos malades se répartissaient entre trois groupes linguistiques (Arabe, Kabyle, Chaouïa), ce qui ne simplifiait rien.

Par ailleurs, nous signalerons que les possibilités d'hospitalisation en milieu spécialisé étaient des plus réduites :

- le département des Pyrénées-Orientales ne possède pas d'hôpital Psychiatrique. Seul, le Centre Hospitalier de Perpignan disposait d'un service de neuro-psychiatrie d'une vingtaine de lits, incapable d'absorber nos malades.

- quant à l'Hôpital Psychiatrique de Limoux (Aude), auprès des médecins-chefs duquel nous avons toujours rencontré la plus chaleureuse compréhension, il était lui-même surchargé et ne pouvait guère prendre en charge que les grandes urgences.

Telles furent nos conditions de travail, en fonction desquels nous nous croyons fondés à estimer que les données numériques que nous avons recueillies sont incomplètes. Elles expliquent également la brièveté et les incertitudes des données thérapeutiques. Elles rendent compte, enfin, des imperfections et des lacunes de nos observations.

DONNEES NUMERIQUES

I - REPARTITION NOSOGRAPHIQUE -

Nous préciserons d'abord que nous n'avons retenu, dans le cadre de ce travail, que ceux de nos malades qui ont été justiciables, à un moment ou l'autre de leur évolution, d'une hospitalisation (étant entendu que, si nous avons pu faire bénéficier certains de ce séjour en milieu spécialisé, force nous a été dans la majorité des cas de nous contenter d'une thérapeutique ambulatoire). C'est ainsi que, sur un total de près de 500 observations, nous en avons retenu 218. Leur répartition en fonction des cadres nosographiques est résumée dans les tableaux ci-dessous.

A - ADULTES :

		♂	♀	Total
ETATS AIGUS	- accès maniaque	0	2	2
	- syndromes dépressifs	29	63	92
	- psychoses délirantes aiguës	9	0	9
	- bouffées confuso-oniriques	2	1	3
	- épilepsie	4	2	6
ETATS CHRONIQUES	- états névrotiques	16	46	62
	- délires chroniques	1	1	2
	- schizophrénie	1	3	4
	- personnalités psychopathiques	1	0	1
ETATS AIGUS ou CHRONIQUES	- liés à une cause organique	9	7	16

B - ENFANTS

- arriérations et retards psycho-moteurs	9	2	11
- personnalités pré-névrotiques et pré-psychotiques	3	7	10

Ces tableaux appellent, dès l'abord, un certain nombre de précisions. C'est ainsi que ce que nous avons désigné par la rubrique d'ensemble "états névrotiques" se décompose comme suit :

	O [♂]	Q [♀]	Total
- névrose d'angoisse	12	38	50
- névrose phobique	0	1	1
- hypochondrie névrotique	2	1	3
- hystérie	2	6	8

On notera d'emblée la fréquence de la névrose d'angoisse, l'extrême rareté de la névrose phobique et l'absence de la névrose obsessionnelle.

La rubrique "états aigus ou chroniques" liés à une cause organique comprend, quand à elle, les subdivisions suivantes :

		O [♂]	Q [♀]	Total
- Sénilité		1	2	3
- Traumatismes cranio-cérébraux		4	1	5
- Alcoolisme		1	0	1
Pathologie infectieuse	Syphilis	1	0	1
	Tuberculose	2	1	3
	Infection puerpérale		1	1
- Glandes endocrines		0	2	2

On remarquera sans doute que l'alcoolisme n'a donné lieu qu'à une unique observation. Non qu'il n'existât point, bien au contraire, Cependant, il s'agissait à peu près toujours d'un éthylisme d'assez fraîche date, donnant lieu à

des accidents aigus : les ivresses excito-motrices et les réactions médico-légales n'étaient pas rares; l'observation ci-dessous, que nous devons à l'obligeance des Docteurs HUCHON et CASSAN, Médecins-Chefs à l'Hôpital Psychiatrique de Limoux (Aude^e fait, à ce titre, plutôt figure d'exception.

- Extrait de l'expertise de H. M. . . . C. . . . Ali

Homme de 43 ans, ancien harki rapatrié et demeurant à Rivesaltes, camp Joffre, avec sa femme et ses enfants, inculpé de coups et blessures volontaires. Il accusait, depuis quelques soirs, sa femme de le tromper, le 9 février au soir, il accusa sa femme d'avoir cherché à l'empoisonner et, sortant un couteau de sa poche au cours d'une discussion, lui a porté divers coups occasionnant des blessures graves.

Sa femme a déclaré que son mari buvait et s'enivrait de vin rouge était très jaloux.

- Examen : l'accusé se présente comme un sujet plutôt subexcité, au verbe rapide, et sonore, à la mimique hypermobile. Il se prête sans réticence à l'examen, manifestant une humeur plutôt joviale, euphorique, sauf lorsqu'on aborde le sujet familial. Il s'exprime suffisamment en français pour que l'on puisse procéder à une investigation suffisante. Rien n'évoque l'arriération mentale. L'étude des antécédents héréditaires ne montre rien de particulier, parmi les antécédents collatéraux, un frère décédé à un an, mais l'inculpé ne sait pas de quoi.

Les antécédents personnels se résument en une bronchite du côté droit en 1950, pas d'accident, pas de blessure et notamment pas de traumatisme crânien.

L'inculpé est allé deux ans environ à l'école puis a gardé les moutons familiaux, oubliant rapidement les notions scolaires. A quinze ans, il travaille dans la maçonnerie puis dans le menuiserie et finalement devient artisan travaillant selon la saison comme maçon, menuisier, ou l'hiver comme tailleur. Il dit avoir passé devant le conseil de révision et avoir été reconnu "bon service armée," mais n'effectue pas de service militaire, le tirage au sort lui ayant été favorable. Il se maria en 1944. Poursuivi par les Fellagha, il alla

se réfugier dans un poste militaire où il servait d'interprète, puis, six à sept mois après, en 1957, il entra dans les S.A.S. où il suivit l'école du soir, apprenant à nouveau un peu à lire et à écrire, en 1961 il devint harki dans la gendarmerie. C'est lorsqu'il vécut dans le milieu militaire qu'il commença à boire du vin : "les militaires m'ont dit : si tu bois pas, tu es un fellouze.... alors, je bois", il dit avoir bu depuis ce temps régulièrement des quantités variables selon la nature du travail effectué : un demi-litre, un litre, mais il proteste lorsqu'on recherche les signes d'intoxication : "jamais, j'ai pas tombé.... jamais, j'ai pas vomi, jamais vomi". Il nie tout cauchemar, tout pyrosis.

Ses malheurs ont commencé récemment, il dit qu'il s'entendait très bien avec sa femme, lui laissant la liberté "comme en France... avant, j'y donnais confiance à ma femme". Tout a commencé subitement, quelques soirs avant le drame, par des bruits nocturnes qui se répétaient à intervalles, et furent, d'emblée, pourvus d'une signification : c'étaient des hommes qui venaient taper ou lancer des cailloux, avec un but précis : "je dis, : celui qui frappe, peut être, il a besoin de ma femme". Pour avoir la certitude, l'inculpé fait celui qui dort, voit sa femme faire comme si elle allait se lever, mais, comme à ce moment là l'inculpé eut une respiration angoissée, sa femme revint contre lui. Il eut la preuve, dès lors, et la confirmation le lendemain matin en voyant le cerne marqué des yeux de sa femme. Le lendemain, il ne sort pas de toute la journée et, le soir, prend des dispositions pour monter la garde. Guettant par dessus un panneau, il aperçoit un homme venir jeter une petite pierre, aller se chauffer chez lui, revenir... se sauver quand il ouvre la porte. Le surlendemain matin, il dit à sa femme "tu as entendu ? Pourquoi, quand j'ai ouvert, il reste pas ? j'ai dit : il a besoin de faire l'amour avec toi... le soir, elle m'a donné le poison dans le café au lait... Je commence à être fatigué, je vois la charpente de la maison qui tourne quand je suis couché, le coeur qui tape... Je dis à mes enfants : ma femme m'a donné le poison, je vais voir le docteur... On a discuté, alors j'ai pris un couteau... Je voulais laisser des traces. Je pensais mourir avec le poison, comme ça elle se rappelle de moi... C'est sa faute, c'est pas la faute aux bonshommes".

Il y a eu manifestement conviction prévalente, interprétation immédiate des bruits, des faits. Cette conviction est instantanée, inébranlable, et ne souffre aucune discussion : lorsqu'on lui objecte qu'il s'agissait peut être d'une plaisanterie, qu'après tout il n'est pas habituel lorsqu'on a envie de coucher avec une femme mariée et qu'on sait le mari à la maison de choisir ce moment là... l'inculpé ne calcule nullement, n'hésite pas et son argument principal, pour lui irréfutable est "dis moi, quand j'ai ouvert la porte, pourquoi il s'en va ? eh, voila, il a besoin de ma femme". Ceci engage donc, pour lui, la culpabilité de sa femme. Il n'y a aucune critique logique, il s'agit bien d'une conviction prévalente, a priori; la certitude existe avant les faits. C'est la marque du délire.

Il y a eu incontestablement activité interprétative, ne serait-ce que dans le fait de regarder si sa femme avait les yeux cernés, que dans l'attribution à autrui du désir de coucher avec sa femme. Il y a peut être eu hallucinations (les bruits nocturnes), on peut se demander si les malaises ressentis lors de l'empoisonnement étaient des hallucinations cénesthésiques ou l'interprétation de malaises réels. Ce qui est certain, c'est que le sujet a été un délirant, que ce délire a eu un début brusque, a été d'emblée intense, et ceci évoque la bouffée délirante aiguë. Les symptômes d'intoxication se sont atténués, mais pas dissipés. Actuellement encore, il sujet se plaint d'insomnie provoquée par des paresthésies des membres ("c'est comme les rats qui croquent") l'éréthisme cardiaque ("le coeur, il monte, il tape").

Rapprochés du caractère nocturne des manifestations, de la jalousie, de quelques signes relevés lors de l'examen physique, de la jovialité alternant avec de brusques variations émotionnelles, larmoyantes, on doit penser à une étiologie alcoolique, et cet accident mental évoque la description des accidents subaigus de l'alcoolisme chronique.....

Conclusion : l'inculpé a agi au cours d'un état délirant aigu, du type accès délirant, au cours d'un alcoolisme chronique.....
.....

De toutes façons, qu'il s'agisse d'alcoolisme aigu ou chronique, ou d'actes médico-légaux, nous n'avons jamais eu à en connaître : appréhendés par la gendarmerie, alcooliques et délinquants étaient immédiatement emprisonnés, le recours au neuro-psychiatre n'avait lieu que lorsque survenait une demande d'expertise. Notons, par ailleurs, que l'éthylisme apparaît chose banale, voire normale, en milieu militaire, passible tout au plus de sanctions disciplinaires. Tout cela explique qu'aucune de nos consultations ne fut motivée par l'alcoolisme.

Nous préciserons enfin que, si les états dépressifs représentent plus du tiers de nos observations (42 %), 6 cas seulement sur 92 entrent dans le cadre de la mélancolie ou de la psychose maniaco-dépressive, les 86 observations restantes répondent à des dépressions réactionnelles sur lesquelles il nous sera donné de revenir.

En ce qui concerne le chapitre "Enfants", nous formulerons avant tout une remarque : le camp de Rivesaltes comprenait 6.007 enfants et adolescents de moins de 15 ans, pour une population globale recensée de 11.968 personnes, soit une proportion sensiblement égale à 50 %. Or, nous n'avons recueilli chez eux que 21 observations, ce qui semble suggérer un taux de morbidité psychiatrique infantile remarquablement faible. En fait, ce chiffre est certainement très éloigné de la réalité, car la plupart de ces petits malades nous ont échappé. La raison, inhérente à la structure du milieu, doit en être recherchée dans une tolérance remarquable à tous les troubles du développement et du comportement chez l'enfant. Nous croyons même pouvoir avancer que ces troubles ne deviennent gênants et ne prennent réellement valeur aliénante qu'après l'adolescence, alors qu'ils constituent un obstacle à l'intégration au monde de l'adulte.

Quoiqu'il en soit, ces 21 observations peuvent se décomposer ainsi :

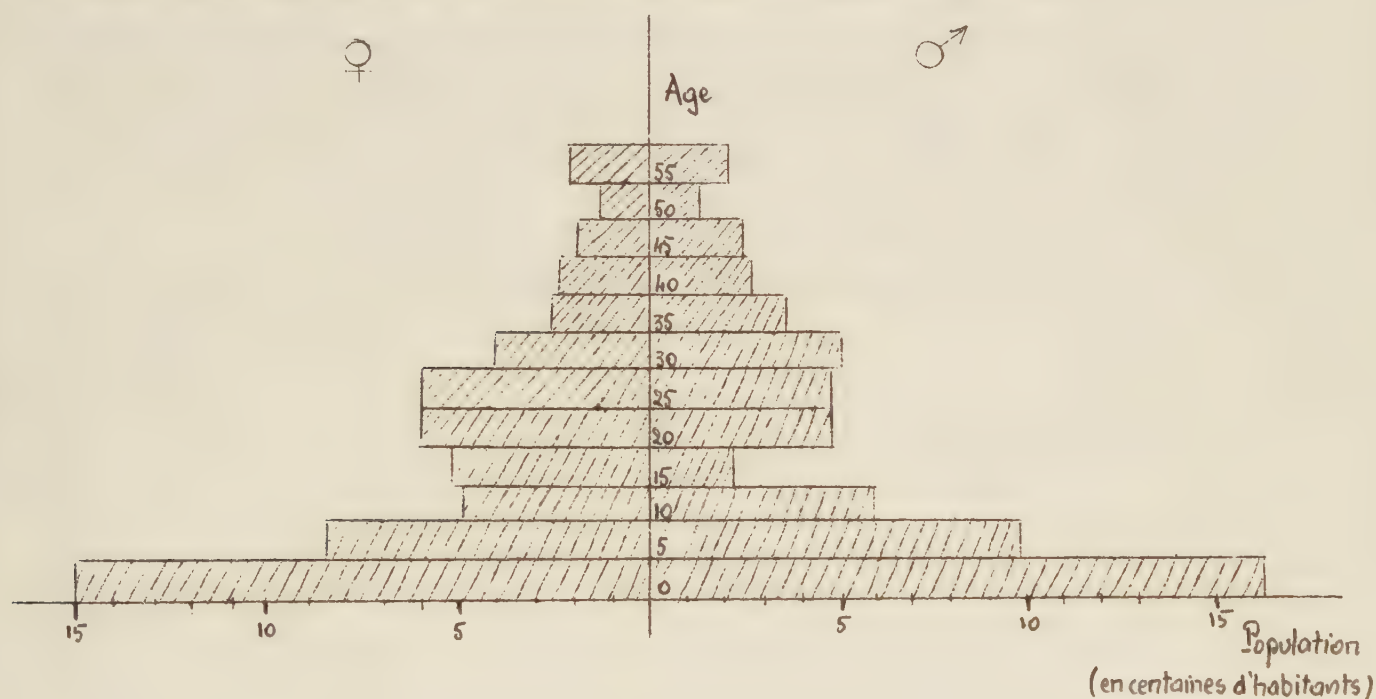
Arriérations et retards psy- cho-moteurs	- hydrocéphalie	1
	- mongolisme	2
	- surdi-mutilé	1
	- retards simples	7

Personnalités pré-névrotiques et pré-psycho- tiques	- hospitalisme	6
	- divers	4

II - INCIDENCE PSYCHOPATHOLOGIQUE

A - DEMOGRAPHIE ET MALADIE MENTALE :

La pyramide des âges de la population du camp de Rivesaltes (schéma 1) permet d'emblée la formulation de quelques remarques.

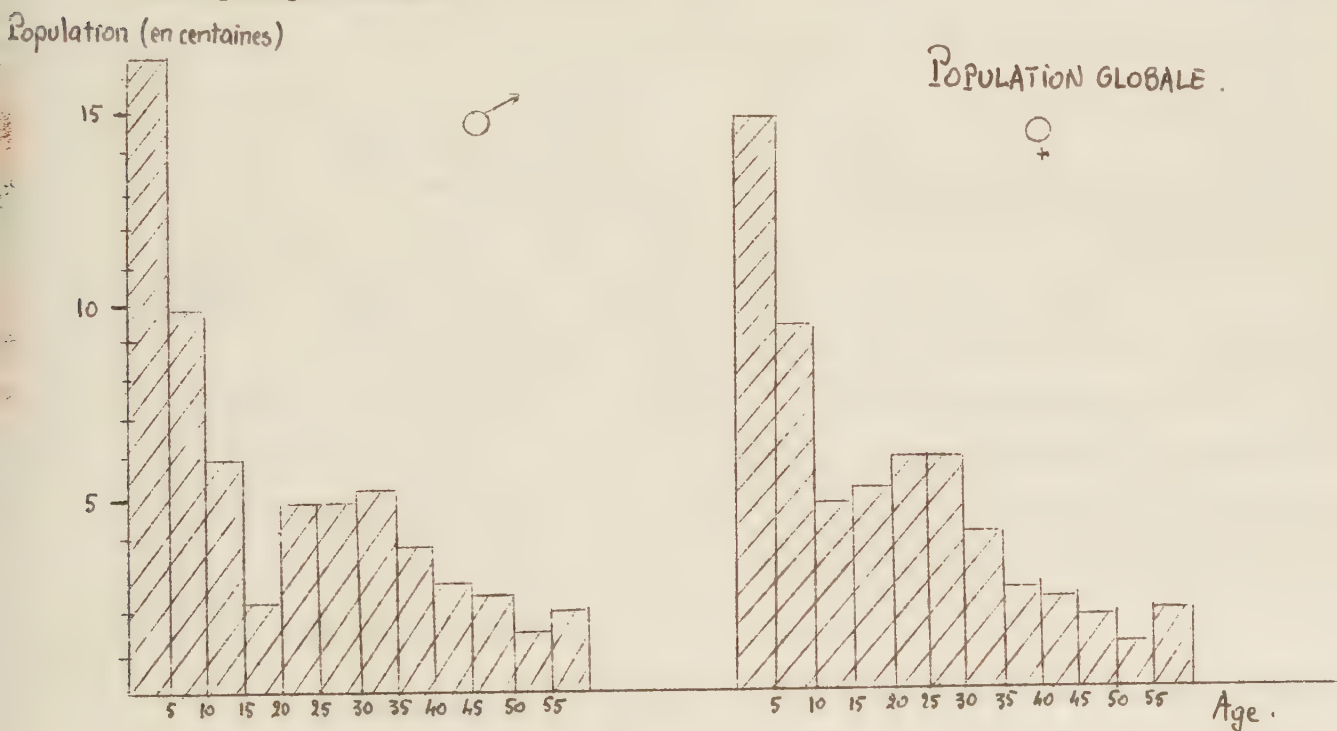


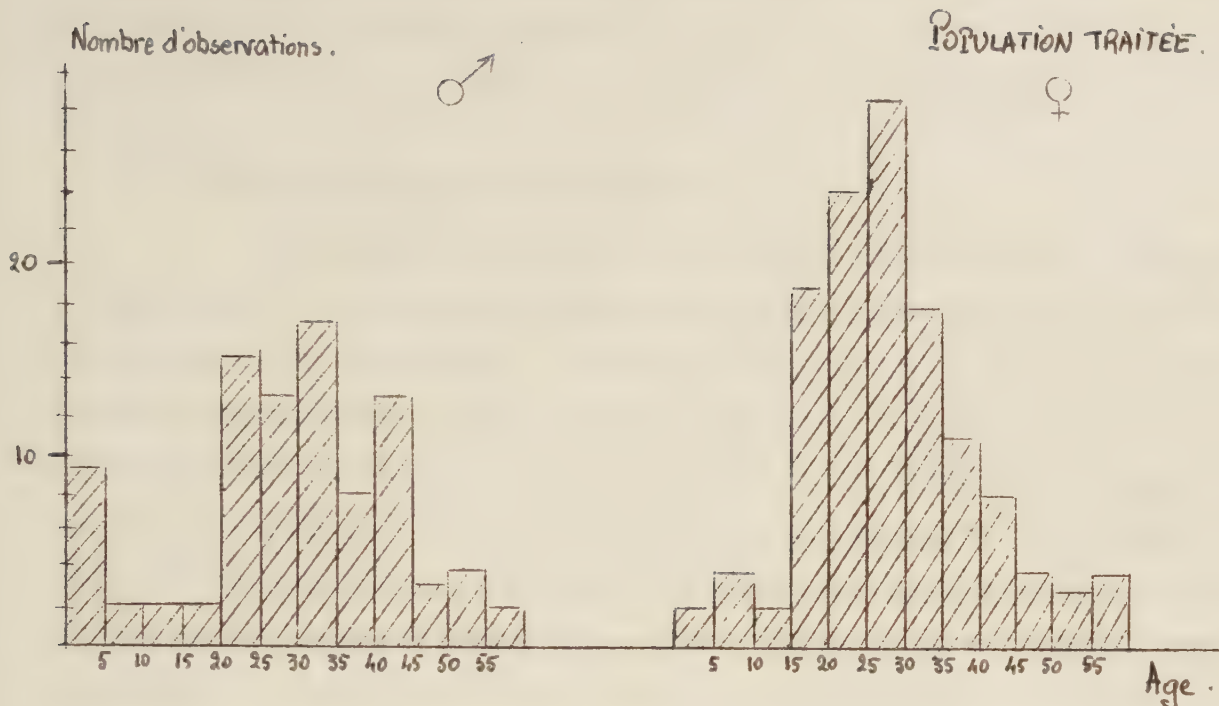
Il s'agit d'une population jeune : 56 % de ses membres ont moins de 20 ans, 82 % moins de 35 ans. Corollairement, on ne compte que très peu de vieillards : la population âgée de plus de 55 ans ne représente en effet que 3,5 % de l'ensemble, soit 407 personnes; nous avons renoncé à en fournir un recensement détaillé en raison de l'imprécision des données d'Etat Civil : au delà de 55 ans, la majorité des cartes d'identité et livrets de famille portaient la mention "présupposé né en ...". Quoiqu'il en soit, cette pyramide des âges est

assez évocatrice d'une population à taux de natalité élevé et à espérance de vie relativement réduite (nous noterons au passage que le taux d'accroissement annuel de la population du camp était légèrement supérieur à 10 %).

Alors que la population masculine est un peu plus importante que la population féminine dans les tranches d'âge situées au dessous de quinze ans et au delà de 30 ans, la répartition s'inverse dans les classes intermédiaires (le phénomène est particulièrement net entre quinze et vingt ans où le déficit masculin est spectaculaire). Il s'explique par les faits de guerre : il semble qu'une partie des "absents" se soit ralliée au F. L. N. une autre partie décédée du fait de l'un ou l'autre camp; quand aux adolescents, un nombre relativement important, mais non chiffrable, s'était engagé dans des "gangs" constitués au cours de la période troublée, qui a immédiatement suivi l'indépendance algérienne.

La comparaison de la répartition de la population globale avec la population traitée, respectivement chez l'homme et la femme, possède également quelque intérêt.





On peut noter que :

- la pathologie mentale est, en valeur absolue, beaucoup plus importante chez la femme : dans les tranches d'âge situées au delà de 15 ans, on dénombre 75 observations chez l'homme, 120 chez la femme.

- chez la femme, dans les tranches d'âge situées au delà de 15 ans, la forme générale des deux graphiques est pratiquement superposable : il s'agit dans les deux cas d'une distribution gaussienne asymétrique, de moyenne 31,5 pour la population globale, 29,9 pour la population traitée (écart non significatif). Chez l'homme, par contre, il existe un "rebond" net de la morbidité entre 40 et 45 ans, sans correspondance sur la pyramide des âges.

- au dessous de 15 ans, la morbidité est extrêmement réduite dans les deux sexes : 21 observations seulement, alors que les tranches d'âge en cause représentent à peu près 50 % de la population globale. Sur ce total, 8 observations concernent les filles, 13 les garçons. Enfin, la morbidité apparaît plus

importante pour l'enfant de moins de 5 ans, chez le garçon (9 observations) que chez la fille (2 observations); cependant, étant donné le petit nombre des cas observés, une telle différence ne peut être tenue pour significative.

B - TAUX D'INCIDENCE MORBIDE -

Nous avons été frappé, durant notre exercice, par la fréquence et l'importance des réactions psychopathologiques à une situation conflictuelle ou traumatisante quelconque. Nous avons donc tenté, d'une part de chiffrer l'incidence morbide dans cette population, d'autre part de comparer les résultats obtenus à ceux publiés par d'autres auteurs. Nous avons choisi, comme base de comparaison, les chiffres rapportés par DAUMEZON, CHAMPION Y. et CHAMPION-BASSET J., dans leur étude sur l'incidence psychopathologique en milieu musulman transplanté, à propos des entrées au service des admissions du Centre Psychiatrique Sainte Anne entre 1949 et 1954.

1 - Indices bruts d'incidence :

DAUMEZON et coll. chiffrant à 2,70 ‰ le taux de morbidité psychiatrique dans la population masculine d'origine Nord-Africaine, immigrée dans la région parisienne, contre 1,15 ‰ dans la population masculine générale; pour cette étude, le χ^2 calculé montre que la différence est significative.

Pour notre part, nous avons vu en 13 mois, dans une population globale de 11.969 personnes, environ 500 consultants. Pour cette étude, nous avons retenu 218 observations représentant les malades ayant, à un moment ou l'autre de leur évolution, justifié un placement en milieu spécialisé; ce chiffre doit être corrigé par le fait que, en raison de la carence en moyens d'assistance, nous n'avons effectivement pu hospitaliser que 49 malades (dont 8 enfants) représentant dans tous les cas de grandes urgences psychiatriques.

Dans ces conditions, l'indice brut théorique d'incidence morbide pour la population considérée s'établit à 18,2 ‰, ce lui des hospitalisations effectives en milieu psychiatrique à 4,08 ‰.

Cependant, les indices de morbidité publiés par DAUMEZON n'affectent que la population masculine. En ce cas, ils s'établissent pour la population étudiée à :

- 14,8‰ pour la population masculine globale,
- 3,3‰ pour la population masculine hospitalisée. A ce taux, la différence n'est pas significative pour la population considérée.

DAUMEZON introduit une pondération des distributions d'âges et réduit son échantillon aux seules classes d'âges comprises entre 20 et 40 ans. Dans ces conditions, l'indice d'incidence morbide s'établit à :

- 2,46‰ pour la population masculine d'origine Nord-Africaine,
- 1,55‰ pour la population masculine globale.

Pour les mêmes classes d'âge situées entre 20 et 40 ans, et pour la population masculine exclusivement, les indices s'établissent pour la population que nous avons étudié, à :

- 28,9‰ pour la population globale,
- 6‰ pour la population hospitalisée. A ce taux, la différence apparaît significative.

2 - Indices partiels :

Indiquons immédiatement que nous bornerons là, la comparaison avec la statistique de DAUMEZON et CHAMPION. Les deux échantillons, en effet, apparaissent en définitive trop hétérogènes, pour pouvoir être valablement comparés. Nous nous contenterons donc de donner ci-dessous un certain nombre d'indices de morbidité.

En fonction du sexe, l'indice d'incidence morbide s'établit, pour la population globale à :

- 14,8‰ chez l'homme,
- 24,1‰ chez la femme.

On a vu, par ailleurs, que le nombre d'observations recueillies chez l'enfant était infime. Dans ces conditions, si on se borne à chiffrer l'incidence morbide dans la population adulte, exclusivement les taux s'établissent à :

- 28,3‰ chez l'homme,

- 39,2‰ chez la femme.

Quand au rapport du nombre d'adultes hospitalisés à l'ensemble de la population adulte, il s'établit à 7,8 ‰.

Rappelons enfin que, de toutes façons, ces taux de morbidité n'ont qu'une valeur très relative dans la mesure où une notable partie de la pathologie nous échappait (en particulier l'alcoolisme, qui représente 12,3 % de la statistique de DAUMEZON).

oOo

INFLUENCE DE LA TRANSPLANTATION

Nous avons cherché à apprécier ce qui, dans cette pathologie, revenait à la situation de transplantation. Il nous est très vite apparu que, peu ou prou, il était possible de la faire intervenir dans la majorité des manifestations observées. Nous nous sommes cependant attaché à éliminer, dans la mesure du possible, un certain nombre de circonstances, en particulier :

- la notion d'épisode psychopathologique antérieure,
- la puerpéralité,
- les réactions de deuil.

Dans les deux derniers cas, il s'est rapidement avéré qu'apprécier la part revenant à chacun des facteurs était souvent difficile. En ce qui concerne la puerpéralité, l'état de grossesse quasi-chronique de la plupart des femmes mariées du camp rendait son élimination ardue. Quand aux réactions de deuil consécutives à la situation de nos malades, elles posaient des problèmes dont un exemple est fourni par l'observation suivante :

- Obs. B... Amar : Ce garçon de 21 ans nous est amené en décembre 1962, : trois jours après son arrivée en France; Depuis 24 heures, il tient des propos dont l'incohérence inquiète son entourage. Il ne sait pas où il est, "il cause tout seul, "nous dira un de ses compagnons de chambre. De fait, un bref interrogatoire va confirmer qu'il s'agit d'une bouffée confuso-onirique, et nous devons le faire admettre d'urgence à l'hôpital psychiatrique de Limoux.

La survenue de ce syndrome dans les premiers jours suivant la transplantation évoque les tableaux similaires décrits parmi les réactions pré-

coces des transplantés par L. EPSTEIN. Cependant, l'interrogatoire de l'entourage et la lecture de la fiche biographique de ce malade nous apprennent qu'il a été emprisonné par le F.L.N. après les accords d'Evian. A sa libération, soit deux semaines avant son départ pour la France, il a appris que son frère, sa soeur, son père et sa mère avaient été exécutés au moment de la proclamation de l'indépendance algérienne. Quelle part, dans cette observation, revient à la transplantation, quelle part au deuil ? Les deux, sans doute, sont intimement intriquées, cas qui s'avéra assez fréquent.

Il reste cependant que, après élimination des facteurs adjuvants, un certain nombre d'observations paraissent ressortir exclusivement de la pathologie du déracinement. Nous avons retenu, pour leur sélection, trois critères de valeur inégale :

- relation évidente entre le vécu morbide et la situation causale,
- absence d'une autre situation pathogène actuelle,
- première apparition des troubles après l'émigration.

En ce qui concerne ce dernier facteur, force nous est d'avouer, qu'il s'agit d'un faux critère. En effet, les doubles transplantations étaient fréquentes au sein de cette population : dans un premier temps, pendant la guerre d'Algérie, un premier déracinement avait eu lieu ; les musulmans, contraints d'abandonner leurs villages d'origine, étaient transférés dans des "camps de regroupement"; c'est sur cette situation primaire de transplantation que venait se greffer le départ pour la France. En outre, là où ces mesures d'évacuation n'avaient pas été prises, se produisait parfois une exclusion de la communauté d'origine qui était équivalente à une transplantation. L'observation suivante en est un exemple :

- Obs. B... F... Athman - Il s'agit d'un garçon de 12 ans qui nous est amené par son père pour une énurésie apparue depuis un an et demi ; auparavant, le contrôle sphinctérien était normal.

Un interrogatoire rapide va mettre en évidence une anxiété importante assortie de manifestation phobiques : peur, en particulier, des groupes

d'autres enfants. Par ailleurs, il fait des cauchemars et présente des fantasmes anxieux lors de l'endormissement : on le bat, on le poursuit, il a peur. Toutes ces manifestations sont contemporaines de l'énurésie.

La poursuite de l'interrogatoire va nous révéler les circonstances déclenchantes. En Algérie, Athman faisait partie d'une bande d'enfants de son village qui étaient ses compagnons habituels. Lorsque son père s'est enrôlé chez les Harkis, Athman a été exclu du groupe ; ce rejet, dû à ce que l'acte du père était considéré comme une trahison, s'est assorti d'une bagarre entre enfants dans laquelle notre malade a évidemment eu le dessous.

Les sévices corporels, le rejet d'autant plus mal vécu qu'il était ressenti comme injustifié, étaient à l'origine immédiate des troubles : c'est la bataille contre ses compagnons que l'enfant revivait chaque nuit.

Ainsi, dans ce cas, il y avait bien eu déracinement, mais cette situation d'exclusion de la communauté avait été vécue alors que le sujet y vivait encore. Une autre observation nous livrera un cas un peu semblable :

- Obs. O... Orkiah - Jeune fille de 16 ans vue en consultation à l'occasion d'une asthénie rebelle avec cuti-réaction très positive. Elle parle le français, ce qui est très exceptionnel chez les femmes que nous voyons habituellement.

Aucun antécédent pathologique particulier n'est relevé. Sa mère est morte alors qu'elle avait sept ans, depuis elle vit avec son père. Elle a été élevée à la campagne, de façon assez traditionnelle. Cependant, son père lui a fait apprendre le français ; elle n'a pas pour autant fréquenté l'école, et est analphabète.

Elle s'habille et veut vivre à l'européenne, Elle est, au camp, dans une situation qui paraît insoluble, à cheval entre deux milieux socio-culturels : elle se sent infiniment supérieure aux autres femmes musulmanes, car elle parle le français et s'habille à l'occidentale ; ces deux circonstances, jointes à sa propre attitude à l'égard de son milieu d'origine font qu'elle en est rejetée. Elle n'est cependant pas pour autant sur un pied d'égalité avec le personnel fémi-

nin européen du camp qui continue à la traiter en inférieure, d'autant que son occidentalisation, à tout prendre, n'est qu'extrêmement superficielle.

Elle présente actuellement une névrose d'angoisse dont les premières manifestations remontent à novembre 1962, soit 3 mois après son arrivée en France. Il semble bien que ce soit la transplantation qui ait été l'occasion de la décompensation de la névrose.

Outre un état d'anxiété permanent, elle présente une série de troubles psychosomatiques :

- asthénie, surtout matinale,
- insomnie avec difficultés à l'endormissement, cauchemars variés terreurs nocturnes,
- troubles fonctionnels discrets, dysménorrhée, quelques troubles digestifs.

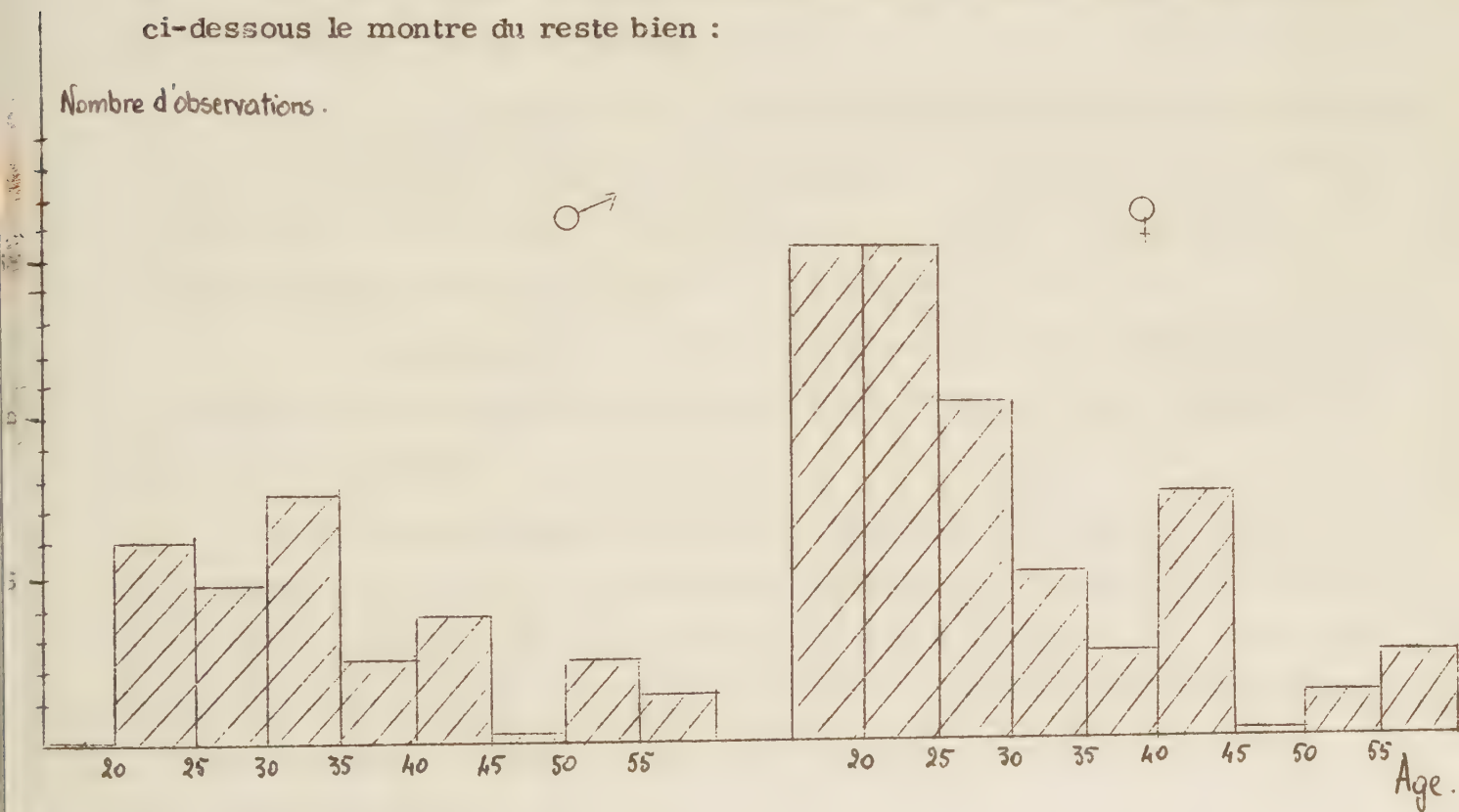
Après deux mois de traitement ininterrompu par les tranquillisants, nous ne constatons aucune amélioration. Orkiah ressent avec une acuité accrue la fausseté de sa position, rejetée qu'elle est par les deux milieux culturels qui coexistent dans le camp. Nous décidons alors de la faire admettre à l'hôpital du camp, ce qui nous paraît avoir l'avantage de la soustraire à cette situation anxiogène et de permettre outre une thérapeutique sédative contrôlée, la création d'une relation psychothérapique.

Dans ce cas, il est certain que la transplantation géographique et l'apparition des troubles ont coïncidé. Cependant, plus que de n'être pas acceptée par le milieu culturel européen, nous pensons que c'est le fait de s'être vécue comme étrangère à son milieu d'origine qui est en cause.

Quoiqu'il en soit, nous avons retenu 72 observations répondant aux conditions que nous nous étions imposées. Elles représentent 32 % des cas que nous avons observés et intéressent 6 pour 1000 de la population globale du camp 13,7 ‰ de la population adulte. Leur répartition nosographique est la suivante:

		♂	♀	Total
Réactions précoces	- psychoses délirantes aiguës	7	0	7
	- bouffées confuso-oniriques	2	1	3
Réactions tardives	- névroses d'angoisse	9	21	30
	- hystérie	0	2	2
	- syndromes dépressifs	4	26	30

Nous avons entendu par réactions précoces, celles survenant dans les deux premiers mois suivant la transplantation, par réactions tardives, celles apparaissant entre le deuxième et le huitième mois. Nous n'avons pratiquement noté aucune manifestation au delà du huitième mois de séjour. La fréquence maximale d'apparition se situe vers le quatrième mois. Quant à l'âge optimum de survenue, il se situe entre 16 et 25 ans pour les femmes, 30 et 35 ans pour les hommes, avec un "rebond" entre 40 et 45 ans dans les deux sexes. Le tableau ci-dessous le montre du reste bien :



Les chiffres que nous avons retenu sont trop faibles pour donner lieu à une étude statistique valable. Aussi bien, nous nous boenerons à quelques remarques :

1 - Alors que la majorité de nos observations ont été recueillies entre 16 et 25 ans chez la femme, nous n'en avons aucune chez l'homme entre 16 et 25 ans. Ce hiatus correspond à un hiatus similaire dans la pyramide des âges de la population observée (il y avait 200 garçons de 16 à 20 ans, contre 600 de 11 à 15 ans, et 500 de 21 à 25 ans). Cette "cassure" s'explique par le fait que la majeure partie des adolescents étaient restés en Algérie : soit qu'ils aient été partisans du F.L.N., soit, souvent, qu'ils se soient enrolés dans des "gangs" de jeunes gens, nombreux dans la période trouble qui a immédiatement suivi l'indépendance.

2 - Il existe un second hiatus, dans les deux sexes cette fois, entre 46 et 50 ans. Il ne répond à aucune condition démographique particulière, et nous n'avons pu lui découvrir aucune cause.

3 - La prépondérance de la morbidité féminine est plus marquée encore que dans l'étude globale. Sur ces 72 observations, 22 (soit 30,5 %) concernent des hommes et 50 (soit 69,5 %) des femmes, les chiffres similaires de la statistique générale sont respectivement de 42,6 % et 57,4 %.

4 - Cliniquement, les hommes ont le monopole des bouffées délirantes, alors que les femmes réagissent plus volontiers par une névrose d'angoisse ou un syndrome dépressif.

De toutes façons, il apparaît à l'évidence qu'aucune des manifestations observées ne possède de spécificité nosologique. Il semble donc exagéré de parler de syndromes de transplantation au sens strict du terme : il est sans doute plus logique d'affirmer l'intervention de la transplantation comme cause immédiate de la décompensation, sans que celle-ci possède pour autant un caractère spécifique.

DONNEES CLINIQUES

I - SYNDROMES

A - RETARDS PSYCHO-MOTEURS

Nous passerons rapidement sur la pathologie mentale de l'enfant. Ainsi que nous l'avons déjà signalé, l'extrême tolérance aux troubles du développement psycho-moteur et du comportement infantiles explique que nous ne puissions rapporter qu'un nombre infime d'observations. Les tableaux que nous avons pu observer n'offraient aucun caractère original, à l'exception toutefois d'un certain nombre de retards psycho-moteurs dont nous parlerons brièvement.

Il semble, en effet, que les retards à la marche et à la parole aient été nombreux chez les enfants vivant au camp. Nous avons pu en voir quelques uns, tous envoyés en consultation par nos collègues qui visitaient les antennes médico-sociales des villages.

Dans la plupart des cas, il s'agissait d'enfants d'environ deux ans (les âges de ceux que nous avons vu s'échelonnaient entre 22 et 28 mois), qui ne marchaient pas et ne parlaient pas. Dans chacun de ces cas, l'examen neurologique était absolument négatif. L'examen général montrait seulement, le plus souvent, des stigmates de rachitisme généralement modérés : petit chapelet costal, nouures peu importantes au niveau des articulations distales, légères hyperlaxité ligamentaire, dentition normale. En ce qui concerne le pronostic, l'expérience nous a montré que la quasi totalité de ces retards psychomoteurs évoluaient très favorablement.

L'absence presque totale d'une causalité organique nous a amené à chercher une autre origine à ces retards. Il nous a semblé, en dernier ressort qu'il était possible d'incriminer le mode d'élevage traditionnel des enfants.

A peu près tous les nourrissons étaient nourris au sein. Il s'agissait d'un allaitement à la demande, assorti d'un portage à peu près permanent de l'enfant. Surtout, allaitement et portage se sont révélés très prolongés : le sevrage, dans la plupart des cas, n'avait lieu qu'entre deux et trois ans (nous avons même connu une fillette de trois ans et demi qui était toujours au sein); il s'agissait en l'occurrence d'une coutume traditionnelle, d'autant mieux enracinée qu'elle était imposée par la loi coranique (cf. la deuxième sourate : "la femme allaitera son enfant jusqu'à deux ans au moins").

Dans ces conditions l'enfant, par ailleurs emmaillotté jusqu'au huitième mois, n'avait que fort peu de possibilités d'autonomisation sur le plan moteur. Le contact presque permanent avec le corps maternel, s'il était un facteur indiscutable de sécurisation, était également un facteur de totale dépendance : la crise d'angoisse que déclenchait presque toujours l'éloignement, même très relatif de la mère (par exemple, le fait d'enlever l'enfant de ses bras pour le poser sur la table d'examen) en était le témoin. Ainsi comblé sur le plan oral, protégé de toute frustration par la présence continue de l'objet, l'enfant n'avait bien évidemment aucune motivation majeure pour acquérir ces manifestations d'autonomie que sont le langage et la marche.

L'évolution, avons-nous dit, était favorable dans presque tous les cas. L'observation ci-dessous en est une illustration :

- Obs. M..... Leilah : - Il s'agit d'une fillette que nous voyons pour la première fois en mars 1962 à la demande du médecin de son groupement. Elle est alors âgée de 23 mois, et la consultation est motivée par le fait qu'elle ne parle pas, ni ne marche, même à quatre pattes. Elle arrive à la consultation portée par sa mère qu'accompagne le père.

Lorsqu'on tente de la poser sur la table d'examen, Leilah manifeste une anxiété évidente et importante : pleurs et hurlements ne cèdent qu'à la réin-

tégration du giron maternel et à l'offrande du sein qui est pris goulument. Un peu plus tard, remise sur la table d'examen et allongée, l'enfant reprend automatiquement la position presque foetale qu'elle a habituellement dans les bras de sa mère.

A l'inspection, il s'agit d'une belle enfant, d'allure éveillée. A l'examen :

- aucune anomalie objective,
- discrets stigmates de rachitisme : petit chapelet costal, six dents, pas d'hyperlaxité ligamentaire nette,
- pas d'anomalies neurologiques, force musculaire apparemment normale,
- échec d'un essai de marche aidée. Il semble y avoir un véritable refus de l'appui plantaire : mise en flexion des membres inférieurs, absence de toute tentative d'appui du pied au sol, cris et pleurs. On note un échec semblable lorsque c'est la mère qui essaie de faire marcher l'enfant.

La mère est une musulmane de trente ans. Leilah est son huitième et actuellement dernier enfant (quatre autres sont vivants, respectivement âgés de quatre, six, sept et dix ans).

La suite de l'interrogatoire permet de noter :

- l'enfant est toujours nourrie exclusivement au sein, sa mère lui donne la tétée dès qu'elle fait mine de pleurer, les tétées nocturnes sont fréquentes, car Leilah dort mal.
- elle semble s'être développée normalement jusque vers le huitième mois, depuis, elle paraît n'avoir fait aucun progrès.
- on ne relève aucun antécédent pathologique notable.

Devant ce tableau nous prescrivons à tout hasard un traitement médicamenteux (acide glutamique, phénobarbital, vitamine D). Surtout, nous imposons à la mère un arrêt de la lactation qui nous apparaît comme la seule mesure susceptible d'aboutir au sevrage. Nous décidons enfin de demander à la responsable de l'antenne médico-sociale un guidage ferme de la mère : surveillance du régime, imposition d'une autonomisation progressive de l'enfant.

Dans ces conditions, les progrès moteurs sont très rapides : un mois plus tard, Leilah marche à quatre pattes, vers la fin du deuxième mois, elle se tient debout, elle marche normalement au début du quatrième mois.

Sur le plan du langage, les résultats sont moins rapides, toutefois, lorsque nous voyons pour la dernière fois Leilah, alors âgée de deux ans et cinq mois, elle possède un vocabulaire d'une trentaine de mots et d'après son père elle commence à en acquérir rapidement de nouveaux.

B - PSYCHOSES DELIRANTES AIGUES

Nous en avons observé neuf cas, toujours chez des adultes jeunes (les âges extrêmes étaient 20 et 38 ans), et toujours chez des hommes. Leur apparition a toujours été assez précoce, entre le troisième et le sixième mois suivant la transplantation. Leur sémiologie n'offre apparemment guère de traits particuliers :

- début brutal par un délire d'emblée,
- interprétations multiples, hallucinations constantes, généralement auditives et visuelles.
- atmosphère hypnoïde,
- évolution à bref délai favorable sous l'action des neuroleptiques.

Nous n'avons noté aucune rechute, mais il est vrai que le recul dont nous avons disposé était réduit.

Outre le fait que nos observations ne portent que sur des hommes jeunes, c'est-à-dire sur la fraction de la population qui avait été la plus directement touchée par la guerre, nous avons été frappé par la remarquable fixité des thèmes délirants. Nous n'avons noté, dans tous les cas, qu'un thème unique dérivé des événements qui avaient amené l'émigration.

- les hallucinations auditives se référaient constamment à l'enrolement chez les harkis : "tu as rejoins les français et combattu d'autres musulmans.... pourquoi as-tu trahi tes frères ?... tu es un traître, un renégat..."

- les interprétations étaient centrées sur le même thème : "tu sais, mon lieutenant, il y a plein de fellouzes dans le camp.... ils sont venus pour me descendre...".

Une telle thématique traduisait évidemment une énorme culpabilité : le rejet de la communauté originelle, profondément ressenti par des individus dont la dépendance à l'égard de la collectivité était totale, paraissait en être le ressort principal, et en tous cas le plus immédiat.

C - NEVROSES D'ANGOISSE

Elles représentent 27 % de nos observations, proportion très supérieure à celle rapportée par DAUMEZON (2,1 %). L'incidence est beaucoup plus importante dans la population féminine que dans la population masculine : sur 50 observations, 38 soit 76 % concernent des femmes.

Cliniquement, le tableau ne présente guère de caractères particuliers, dans l'ensemble, il revêt un aspect un peu différent selon le sexe : chez l'homme, il s'agit le plus souvent de la classique faiblesse irritable, chez la femme, l'inhibition domine : attente passive et résignée d'une catastrophe imminente.

L'évolution est parfois coupée d'accès anxieux paroxystiques, en particulier chez l'homme. Ces bouffées aiguës d'angoisse se manifestent par un sentiment insupportable de tension et d'insécurité ; leur résolution, en l'absence d'une possibilité de verbalisation, se fait fréquemment par l'intermédiaire d'une expression corporelle ; il s'agit en l'occurrence, d'épisodes excito-moteurs pouvant aboutir à des actes délictueux. C'est le cas dans l'observation suivante, qui nous a été obligeamment communiquée par les Docteurs MUCHON et CASSAN.

- Obs. B.... Belkacem ben Djillali - Il s'agit d'un homme de 29 ans, inculpé d'homicide volontaire sur la personne d'un de ses coreligionnaires.

Dans la nuit du 16 au 17 octobre 1962, il a frappé d'un coup de poignard A.... qui lui avait emprunté le matin même un billet de dix mille francs,

ne voulait pas le lui rendre, et le malmenait alors qu'il réclamait son bien. B.... se présente dans une attitude prostrée et craintive. Il garde des faits un souvenir précis, sans aucune trace passionnelle autre que celle de la peur ; il a le sentiment d'avoir fait un geste assez banal de défense... "j'ai eu peur, dit-il, il était plus fort que moi et il me poussait...". L'examen mental ne retrouve trace ni de l'état confusionnel qui aurait pu obscurcir momentanément la conscience, ni d'un délire en activité. On ne retrouve pas non plus d'éléments pathologiques en faveur d'une dissociation de type schizophrénique.

... En Algérie, il semble qu'il ait travaillé un certain temps comme agriculteur, puisqu'il a été employé comme harki à partir de 1956. Il a été blessé par balles au niveau du côté gauche du thorax et avait subi une intervention en 1960. Il est venu avec sa famille, il y a quelques mois, au camp de Rivesaltes.

L'examen physique ne met pas en évidence d'infirmité ou d'affection évolutive. On ne retrouve pas de séquelles d'une affection cérébrale à type de méningite ou d'encéphalite, pas non plus de stigmates épileptiques, l'examen neurologique reste négatif. On ne retrouve pas la notion d'intoxication alcoolique, non plus celle de traumatisme cranien.

- Discussion : B... garde de son acte un souvenir précis, il l'explique d'une façon logique et cohérente sinon valable; "il me dit, je te fais la monnaie, donne moi le billet - il prend le billet - il le met dans sa poche - il va chercher des cigarettes - je l'attendais, je l'attendais jusqu'à la nuit. Il est revenu, il m'a vu, il est descendu de l'autobus, je descends, je lui dis - donne moi le billet - il m'attrape au veston, moi je crie, j'ai peur, j'attrape mon couteau dans la ceinture, il était plus fort que moi, il me poussait, je ne sais pas où j'ai frappé". Nous apprenons ainsi que B... portait toujours ce poignard sur lui parce qu'il avait toujours peur : il se sentait petit, faible et toujours menacé. C'est dans cette peur qu'il faut chercher le motif de son geste.....

.....

L'explication de cette peur se trouve dans les conditions de son existence au cours de ces dernières années.

Le plus souvent, cependant, l'évolution est toute autre. La symptomatologie ne demeure que très peu de temps celle de la névrose d'angoisse pure. Des phénomènes de conversion somatique apparaissent très vite ; dès lors, l'organisation névrotique s'élabore, aboutissant rapidement (un ou deux mois) soit à la névrose hypocondriaque, soit à un syndrome dépressif à expression somatique.

La première éventualité s'est, à vrai dire, avérée extrêmement rare. Nous n'en avons observé que deux cas, encore nous faut-il avouer que, dans l'une de ces deux observations, l'organisation sur le mode hypocondriaque a été imposée par une erreur thérapeutique :

- Obs. O.... Ouadia - Ouadia est une jeune musulmane de 16 ans, superficiellement européenne, dont la situation au camp est extrêmement conflictuelle. Elle rejette ses coreligionnaires auxquels elle s'estime supérieure, car elle parle correctement le français, et s'habille à l'européenne, elle est, à son tour rejetée par les milieux européens du camp qui la considèrent comme une inférieure.

Nous la suivons depuis deux mois pour une névrose d'angoisse dont les premières manifestations sont apparues trois mois après l'arrivée en France. Etant donné l'échec du traitement tranquillisant, nous décidons de la faire admettre à l'hôpital du camp ce qui, pensons nous, devrait permettre de dédramatiser la situation, de mettre en oeuvre une thérapeutique active, et de faciliter une approche psychothérapique. Nous l'adressons donc au médecin chef de l'hôpital, munie d'une lettre dans laquelle nous affirmons le diagnostic de névrose d'angoisse et donnons quelques directives thérapeutiques.

Dès son entrée, Ouadia est interrogée et examinée par le médecin chef qui, passant outre à notre avis, pose le diagnostic ferme de gastrite et prescrit la thérapeutique subséquente. Dès lors, le contrôle de la situation va nous échapper totalement. Pendant les deux mois que durera son hospitalisation au camp, Ouadia va être traitée successivement, sans résultat appréciable, pour une gastrite, une insuffisance hépatique, une colopathie...

Le seul résultat tangible obtenu sera le fait que le tube digestif va devenir le moyen d'expression privilégié de l'angoisse de la jeune fille. Au cours des trois mois qu'elle passera encore à Rivesaltes, elle assiégera quotidiennement nos collègues de ses doléances, se plaignant tantôt de l'estomac, tantôt de foie, tantôt des intestins.... elle fera deux séjours au Centre Hospitalier de Perpignan où on lui fera une série de radiographies (toujours normales) d'à peu près tout l'arbre digestif...

Le plus souvent, cependant, l'évolution de la névrose d'angoisse se fait vers la constitution d'un syndrome dépressif atypique à expression avant tout somatique. C'est en tous cas, ce que nous avons observé 41 fois sur 50. La transformation du tableau est, la plupart du temps, rapide et remarquablement monomorphe :

- Obs. M.... Yamina - Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans qui vient consulter en septembre 1963 pour asthénie et insomnie. Elle a deux enfants âgés de 8 ans et 3 ans. Elle est arrivée en France deux mois auparavant, les premières manifestations morbides sont apparues un mois environ après le débarquement.

On ne relève aucun antécédent pathologique notable. L'examen somatique est entièrement négatif.

Yamina présente actuellement une névrose d'angoisse assez typique, sans caractères bien particuliers :

- asthénie, sur tout matinale et insomnie,
- syndrome physique d'angoisse : sensation de striction laryngés
pesanteur thoracique, palpitations.
- irritabilité
- attente anxieuse, péjoration imaginaire de l'existence, désarroi
- troubles fonctionnels discrets, réduits à des céphalées occipitales.

Elle rapporte ses troubles à la situation actuelle : elle regrette sa maison, elle n'est pas chez elle ici, elle ne sait pas ce que sera son avenir.

Devant ce tableau, nous prescrivons un traitement tranquillisant. Après un mois d'une thérapeutique dont l'exécution paraît avoir relevé de la plus primesautière fantaisie, le tableau a évolué :

- asthénie et insomnie sont accrues, il s'y est joint une anorexie.
- l'irritabilité avec anxiété motrice a fait place à une apathie progressivement croissante,
- l'anxiété toujours présente, se nuance désormais de tristesse et d'ennui,
- les troubles fonctionnels sont beaucoup plus importants.

Par la suite, les manifestations somatiques diverses passeront rapidement au premier plan. Un mois plus tard, nous devons envisager une hospitalisation ; le tableau est alors typiquement celui d'un syndrome dépressif à expression somatique prévalente.

En définitive, le trait le plus marquant de ces névroses d'angoisse nous a paru être leur extrême labilité. Elle explique, croyons-nous, l'écart important qui existe entre les chiffres notés par DAUMEZON et ceux que nous rapportons : nous avons nommé névrose d'angoisse une série de tableaux qui se sont présentés comme tels au début de leur évolution, il est vraisemblable que si nous les avions vus un ou deux mois plus tard, nous les aurions alors classés dans la rubrique "états dépressifs".

Il reste que nous avons omis de signaler, lorsque nous avons parlé des expressions motrices paroxystiques de l'angoisse, la possibilité de manifestations hystériques. Il ne s'agissait pas, à dire vrai, d'une éventualité très fréquente : 8 cas en tout. Il s'agissait toujours de grandes crises de type Charcot. Il peut être intéressant de noter que ces manifestations n'étaient présentées que par un certain type de malades : dans tous les cas, nous avons eu affaire à des jeunes filles de 16 à 18 ans, partiellement européanisées : elles savaient lire et écrire, parlaient couramment le français, étaient employées pour la plupart au titre d'interprète ou d'aide-soignante dans les antennes médico-sociales ; dans tous les cas, elles se trouvaient en situation de rejet, sorties de leur milieu d'origine mais exclues de la société européenne.

D - LES SYNDROMES DEPRESSIFS

Très fréquents, ils regroupent 92 observations; on peut y ajouter les 41 névroses d'angoisse ayant ultérieurement évolué vers la constitution d'un syndrome dépressif. Sur ces 133 observations, 6 seulement entrent dans le cadre de la mélancolie endogène ou de la psychose maniaco-dépressive; les 127 cas restants, soit 58 % du total de nos observations sont constitués par des dépressions réactionnelles qui apparaissent ainsi comme un mode de réaction privilégié de cette population à une situation vitale pénible. Par ailleurs, 70 % de ces observations concernent des femmes.

Il s'agit le plus souvent de dépressions à expression somatique prévalente. Les manifestations somatiques, du reste, revêtent dans tous les cas une grande importance, même lorsqu'elles ne sont pas absolument au premier plan du tableau clinique.

La symptomatologie est toujours batarde. Ces tableaux atypiques, entrant dans le cadre de la nostalgie des anciens auteurs, ont déjà été décrits chez les transplantés, mais il est peut être intéressant de noter que nous les avons également observés, dans la population qui nous occupe, en relation directe avec des facteurs autres que la transplantation.

De toutes façons, on est d'emblée frappé par l'importance des troubles somatiques. Ce sont eux qui dominent le tableau, qui motivent le plus souvent la consultation, qui contribuent parfois à égarer le diagnostic. Ils sont toujours vécus sur un mode douloureux : "j'ai mal partout" constitue la première doléance de nos malades et demeure la revendication permanente.

Si le moyen d'expression est toujours la douleur, ses localisations sont également très stéréotypées : au "j'ai mal partout" qui correspond effectivement à des cénestopathies à type de myalgies diffuses, succède inmanquablement un "et mon coeur, il fait mal" accompagné de la désignation du creux épigastrique. Ces algies épigastriques malaisément analysables en raison des difficultés de communications, semblent correspondre à un état de malaise cénesthésique plutôt qu'à une douleur vraie; elles sont fréquemment pulsatiles, et

L'examen physique retrouve alors presque toujours une aorte battante aisément palpable; l'hyperesthésie du plexus solaire est également quasi constante.

Un certain nombre de troubles fonctionnels s'associent de façon variable, à ces manifestations douloureuses. Il s'agit le plus souvent :

- soit de troubles gastro-intestinaux ou hépato-biliaires, retrouvés dans 76 % des cas,

- soit chez la femme, de troubles pelviens, notés dans 55 % des observations.

On relève, en gros, trois ordres de manifestations qui peuvent être isolées ou associées : dyspareunie, ou vaginisme, aménorrhée ou dysménorrhée syndrome clinique de cystite avec pollakiurie et brûlures à la miction mais urines claires et cyto-bactériologie négative.

Plus rarement, nous avons rencontré des manifestations cochléo-vestibulaires et des algies thoraciques.

Ces manifestations somatiques étaient au premier plan d'un tableau clinique dans lequel l'interrogatoire retrouvait constamment :

- la triade asthénie-anorexie-insomnie,

- l'aboulie et l'inhibition psycho-motrice

Il existait par ailleurs une anxiété importante, souvent manifeste.

Sur le plan de l'humeur, l'impression dominante était celle d'une tristesse profonde, suggérée par la passivité totale, la pauvreté de la mimique la lenteur et la monotonie de la parole; cependant, on était frappé par l'absence d'expression verbale de la thymie et des affects : ni tristesse, ni ennui, ni culpabilité, ni désir de mort n'étaient exprimés.

Cliniquement, ces tableaux étaient assez atypiques. Bon nombre d'auteurs du reste, ont baptisé hypocondrie ce que nous désignons par état dépressif à expression somatique. On peut, certes, discuter la place exacte de ce syndrome dans la nosographie. Nous avons été amenés à le rattacher aux états dépressifs du fait que nous y avons constamment retrouvé les éléments de l'analyse structurale de la dépression tels que les a établis H. EY.

La triade constitutive de la structure négative de la dépression y était, en effet toujours présente: perte de l'activité synthétique de la pensée, trouble de la conscience et surtout destruction temporelle éthique de la conscience. Nous avons d'emblée été frappé par l'impossibilité ou était nos malades à se projeter dans l'avenir; tout était ramené, parfois au passé, le plus souvent à un présent éternel, figé immuablement douloureux.

L'évolution, le plus souvent était désespérément trainante. En l'absence ou non de traitement, on assistait à une véritable chronicisation du tableau clinique; cependant, quelle que soit la durée de l'évolution, nous n'avons jamais noté de tendance suicidaire.

De toutes façons, la thérapeutique était malaisée; l'inobservation du traitement prescrit, en particulier, était fréquente: soit que le malade n'exécute pas la prescription, soit qu'il l'interrompe précocement de sa propre initiative soit qu'il pratique un traitement discontinu. Les deux observations que nous rapportons ci-dessous illustrent ces difficultés à faire pratiquer un traitement.

Obs. N° 1 - B.... M'Barka - Jeune femme de 25 ans vue pour la première fois en janvier 1963. Elle est envoyée par le médecin de son groupement pour une asthénie rebelle et profonde avec cuti-réaction +++. La radiographie pulmonaire s'avère normale.

M'Barka est mariée; elle a trois enfants de 4, 5 et 7 ans. Elle ne parle pas le français.

Son aspect évoque d'emblée un état dépressif: tassée sur sa chaise tête baissée, inerte, elle donne l'impression d'être découragée, submergée par la fatalité. La voix est basse, la parole lente, le débit monotone.

Les troubles actuels sont apparus voilà trois mois, deux mois après l'arrivée en France.

D'emblée, elle se plaint d'avoir "mal partout". Nous essayons de faire préciser ces manifestations douloureuses et, peu à peu, nous arrivons à les décomposer en :

- cénestopathies : douleurs vagues, apparemment myogènes, intéressant la nuque, les membres supérieurs et inférieurs, le dos, la région lombaire.

- épigastralgies : douleur permanente, pulsatile, siégeant juste au dessous de l'appendice xiphoïde, non influencée par les repas ou le repos.

- troubles hépato-biliaires (nausées matinales, intolérance aux graisses) et gastro-intestinaux (alternance de diarrhée et de constipation, ballonnement et pesanteur post-prandiaux, éructations, coliques).

- d'une anorexie dont l'apparition a coïncidé avec le début des troubles,

- d'une insomnie avec difficultés d'endormissement et cauchemars,

- d'une asthénie profonde, permanente, mais à maximum matinal,

On note enfin :

- tonalité triste de l'humeur, pessimisme, mentisme,

- aboulie, inhibition psycho-motrice,

- absence d'idées conscientes de culpabilité, absence de désir de mort : on a surtout l'impression de l'acceptation passive et résignée de maux dispensés pour des motifs obscurs par une instance supérieure ("c'est la volonté de Dieu").

Nous prescrivons des thymoleptiques, des anxiolytiques, des somnifères. L'ordonnance est établie pour quinze jours, la malade devant revenir au bout de ce laps de temps. En fait, nous ne la revoyons qu'au bout de deux mois, ramenée par son mari : la présentation est la même, les troubles sont d'intensité accrue. Nous conseillons la même thérapeutique et demandons une consultation au dispensaire d'hygiène mentale de Perpignan ; la malade y est examinée par le Dr CASSAN qui confirme diagnostic et traitement. Dès lors, nous suivons régulièrement cette malade pendant une période de deux mois au cours de laquelle une amélioration s'amorce : diminution importante de l'inhibition psychomotrice, amélioration de l'humeur, réapparition de l'appétit et du sommeil, diminution des manifestations douloureuses. Fin mai, la malade cesse de venir aux consultations et arrête d'elle même toute thérapeutique. En septembre, elle

se présente à nouveau à la consultation, accusant le même tableau qu'à la première entrevue. Nous entreprenons alors de reprendre le traitement. Cependant, fin octobre, au moment de notre départ, il n'y a aucune amélioration notable.

n° 2 - OBS. O.... Yamina - Vue pour la première fois en mai 1963, à l'occasion de douleurs pelviennes avec asthénie rebelle. Il s'agit d'une femme de 30 ans, ne parlant pas le français. Elle a eu cinq enfants, dont trois sont vivants, son dernier accouchement date de trois ans.

Elle accuse le tableau habituel des états dépressifs. Les premiers troubles sont apparus voilà six mois, quatre mois après l'arrivée en France. On note :

- des manifestations somatiques au premier plan : cénestopathies, épigastralgies, troubles digestifs hépato-biliaires et gastro-intestinaux. Surtout, les troubles pelviens sont importants : vaginisme avec anxiété devant les rapports sexuels, aménorrhée contemporaine des premiers troubles (6 mois), syndrome cystite, (pollakiurie et brûlures à la miction, sans pyurie).

- anorexie, insomnie, asthénie,
- aboulie et inhibition psycho-motrice,
- tristesse de l'humeur, idées d'incurabilité,
- anxiété intense.

Ces manifestations, jointes à la présentation caractéristique, signent le diagnostic de dépression réactionnelle qu'on rapporte, en l'absence de tout autre facteur psychopathogène apparent, à la situation de transplantation.

Nous prescrivons le traitement habituel : thymoleptiques, anxiolytiques, somnifères. En outre, nous tentons de briser le cercle d'isolement et d'ennui que le mode de vie traditionnel musulman alève autour de cette femme dans les circonstances actuelles; pour cela, nous lui imposons l'obligation de venir chercher elle même, chaque jour, ses médicaments au dispensaire, réalisent par là une sociothérapie simple, mais que nous espérons efficace. Par contre, il nous est impossible d'obtenir du mari qu'il laisse sa femme se rendre au foyer d'enseignement ménager du centre de promotion sociale. Cette malade est réguliè-

rement suivie pendant 2 mois. On note, à la fin du premier mois, une amélioration de l'anxiété et de l'inhibition, une reprise de l'appétit et du sommeil, la réapparition des règles. A la fin du deuxième mois, persistent seulement une asthénie légère, un vaginisme modéré, les épigastalgies.

Au début du mois d'août, la malade cesse de venir chercher ses médicaments. Convoquée, elle dit aller dorénavant très bien et refuse obstinément toute prolongation de la thérapeutique. Elle reviendra d'elle-même fin octobre, peu avant notre départ, présentant un tableau semblable au tableau initial, et reconnaîtra que les symptômes morbides ont reparu progressivement après l'arrêt du traitement.

De toutes façons, traitée ou non, l'évolution était souvent désespérément trainante, d'allure chronique. Dans ces cas, la persistance de la situation pathogène rendait le plus souvent compte de l'absence de toute amélioration. D'autres fois, une amélioration s'amorçait mais laissait place, vers la fin du deuxième mois, à une rechute. Parfois, cependant, l'évolution se faisait vers la guérison. On notait, en général, une action assez rapide (1 mois) sur l'humeur, avec retour de l'appétit et du sommeil; l'action sur les manifestations somatiques était plus lente, tandis que l'asthénie ne cédait qu'en dernier lieu.

L'observation ci-dessous est l'illustration d'une de ces évolutions favorables :

- Obs. M.... Rekia - Vue pour la première fois à la fin du mois de Juin 1963. Elle est envoyée à la consultation pour un syndrome algique rebelle qui la fait considérer comme une simulatrice. Elle est âgée de 26 ans, a cinq enfants dont le plus jeune a 2 ans 1/2. Arrivée en France depuis 11 mois, elle a d'abord transité par le camp de Larzac. Depuis 4 à 5 mois, elle fréquente très assiduellement l'antenne médico-sociale de son village et y est une des plus fidèles clientes du médecin consultant. Il s'agit, en fait, d'une dépression réactionnelle avec le cortège désormais classique de ses signes.

Nous prescrivons la thérapeutique habituelle. Deux semaines plus tard, l'amélioration est déjà notable. Au bout d'un mois, la malade est transformée, sourit, a repris une activité normale, mange et dort à nouveau; les mani-

festations somatiques persistent, mais atténuées ; seule, l'asthénie avec fatigabilité à l'effort est toujours présente, inchangée.

Au cours des mois suivants, l'amélioration se confirmera. Toutes les manifestations somatiques disparaissent. L'asthénie, plus rebelle, ne se dissipera qu'à la fin du troisième mois. A la fin du mois d'octobre, nous pouvons supprimer tout traitement.

oOo

APERCU PSYCHOPATHOLOGIQUE

Les chiffres que nous rapportons diffèrent sensiblement, on l'a vu, de ceux publiés par DAUMEZON et CHAMPION relativement à l'incidence psychopathologique chez les Nord-Africains émigrés du département de la Seine. Les raisons à ces écarts sont multiples.

D'une part, DAUMEZON et CHAMPION ont étudié une population exclusivement masculine, composée de travailleurs pour la plupart jeunes et relativement sélectionnés : du moins, il ne semble pas qu'il y ait eu parmi eux de malades mentaux connus en tant que tels. Nous avons eu affaire, pour notre part, à une population globale, comprenant femmes, enfants et vieillards, à ce qu'il semble, l'émigration s'était effectuée sans discrimination d'aucune sorte, intéressant aussi les psychopathes. La présence d'un nombre assez important de femmes a revêtu une grande importance dans l'écart des indices bruts : nous avons pu juger, d'ailleurs, de la très importante morbidité au sein de la population féminine.

D'autre part, l'émigration des travailleurs musulmans venant en métropole était volontaire. Dans bien des cas, elle était même ardemment désirée en raison de ses incidences économiques. Il en allait tout autrement pour les harkis : leur émigration était forcée, fuite devant le risque vital que leur faisait courir l'indépendance algérienne. Les hommes, dans l'ensemble, l'acceptaient relativement bien : non qu'ils l'aient réellement souhaitée ; du moins, la sauvegarde de leur vie pouvait leur fournir un alibi solide et rassurant. Le vécu des femmes était tout autre : elles avaient suivi leur mari passivement, par obéissance ; toutes, ou presque, regrettaient profondément l'Algérie et n'auraient demandé qu'à y retourner.

On ne saurait, non plus, mésestimer le rôle qu'ont pu jouer les transplantations itératives : de la mechta d'origine à Rivesaltes, via le village de regroupement, puis le camp de Larzac ou de Bourg Lastic, l'angoisse naissait du ballottage. L'incertitude d'ultimement, l'attente d'un reclassement problématique, n'arrangeaient rien.

Il reste que la population à laquelle nous avions affaire représentait une frange bien particulière du peuple algérien : les harkis. C'est à dire ceux qui avaient renié leurs frères au profit du colonisateur. Cette situation était culpabilisante , ce , qu'exprimaient bien certains thèmes délirants : "tu es allé avec les français, tu as trahi tes frères, tu es un traître", disaient les voix.

L'enrôlement dans les harkis posait évidemment le problème de sa motivation. Au vrai, très rares étaient ceux chez lesquels il s'agissait d'un choix politique délibéré. Plus souvent, ils s'étaient laissés persuader par les officiers français, bel exemple de cette suggestibilité qui avait permis à A. POROT de les définir comme débiles. D'autres fois, il s'était agi d'un réflexe d'auto-défense; un de nos consultants nous disait : "tu comprends, mon Lieutenant, un jour les fellaghas ils viennent et ils tuent mon oncle, comme ça, parce qu'il avait fait la guerre (de 14), le jour après, les français ils viennent, et ils me disent : si tu veux te défendre, je te donne un fusil, alors je l'ai pris". Pour certains, c'est l'attrait d'une solde très supérieure à ce qu'il pouvaient gagner auparavant qui avait joué. Pour la plupart, en tous cas, la guerre d'Algérie avait été vécue passivement, subie et non pas agie; ils s'étaient laissés enrôler par celui qui était venu le premier, ou qui paraissait le plus puissant dans l'instant : cela fait, ils s'étaient trouvés dans une position désormais irréversible.

"Je veux être comme les français", disaient beaucoup. Plus que l'aspiration vraie à une européanisation, cette revendication traduisait un certain vécu de la situation de colonisé : "si tu ne fais pas comme nous, tu es un idiot ou tu es contre nous", leur disait-on, "si tu ne bois pas du vin, tu es un fellouze" disaient les militaires à notre alcoolique. Ecartelés entre des coutumes étrangères, qu'on voulait leur imposer, et leur milieu socio-culturel d'origine vécu, de ce fait, comme dévalorisé et dévalorisant, les harkis se trouvaient, au plein sens

du terme aliénés: étrangers parmi les étrangers et étrangers parmi les leurs. Assumer une situation aussi conflictuelle leur posait un problème insoluble.

La femme ressentait sans doute avec plus d'acuité encore ce conflit entre deux systèmes de valeurs irréductibles l'un à l'autre. Sa situation passée pouvait bien nous paraître proche de l'esclavage, elle évoluait, en fait, dans un milieu extrêmement protégé. Brusquement, de passive on lui impose de devenir active; cet objet qu'elle était doit se muer en sujet. Tout cela, sans autre explication que "c'est parce que tu es française maintenant". Désormais, les interdits coutumiers tombent : plus de cloison étanche entre les sexes, finies les réunions homosexuelles dans les cours intérieures des mechtas, levée l'interdiction de sortir sans son mari..... Nullement préparée à une telle situation, d'autant plus fragile qu'elle avait été mieux protégée, d'autant plus nostalgique que la transplantation lui avait été imposée, la femme musulmane était vouée à la décompensation.

Ce conflit qu'elle vivait, l'homme le répercutait en écho. Le statut traditionnel de la femme musulmane traduit dans la réalité, la notion de sa faiblesse, de sa fragilité. Proie offerte aux tentations, il convient de la protéger contre elle même et autrui, en lui évitant aumaximum le contact avec le monde masculin. L'autre, c'est-à-dire l'autre homme, est inévitablement vécu comme agressif, concurrent jaloux, à l'affut de la moindre occasion de vous ravir votre bien. De ce fait, la condition nouvelle imposée à la femme heurtait profondément l'homme; elle était, inévitablement, la source de nombreux conflits, de chicanes, de rixes parfois, dont la jalousie était le moteur. Conséquence logique, par ailleurs, de la structure d'une personnalité" qui se saisit avant tout comme être pour autrui "(P. BOURDIEU).

Il reste à évoquer ce qui fut un des problèmes majeurs de notre exercice : le langage. La barrière linguistique constituait un obstacle à toute communication, et nous avons vu par ailleurs que la relation médecin-malade passait obligatoirement par la médiation d'un interprète. L'angoisse, dès lors ne pouvait être verbalisée, et nous ne pouvions l'appréhender autrement qu'à travers le comportement : autrui, pour nous, est dans ces conditions un étranger

que nous ne pouvons que regarder sans l'entendre. La langue originelle, en outre (l'arabe dialectal le plus souvent), était inapte, par son extrême pauvreté en termes abstraits, à rendre compte des sentiments. Le corps, du coup, prend le relais du verbe, et c'est par son intermédiaire que le malade exprime sa plainte : "j'ai mal, j'ai mal partout" est un refrain que nous avons entendu quotidiennement. Le corps, désormais agi, devient instrument de communication, mais surtout de revendication : "je souffre, il faut que tu me soignes". Cependant si le bas niveau socio-culturel de l'individu rend compte du caractère vague, imprécis, pauvre, de la demande, il demeure que ce mode d'utilisation de l'instrument corporel n'est pas lié seulement au défaut de communication verbale; nous avons retrouvé en effet une symptomatologie similaire chez des nordes africains cultivés maîtrisant parfaitement l'arabe littéraire comme le français : dans cette mesure, il est probable que le niveau de culture, ni le problème linguistique ne sont seuls en cause, mais aussi les caractéristiques structurales de l'individu.

Quoiqu'il en soit, de ces divers facteurs, il demeure que deux faits cliniques s'imposent : d'une part la prédominance des syndromes dépressifs qui apparaissent comme un mode de réponse privilégié à une situation conflictuelle, d'autre part l'importance et la quasi-constance de la somatisation. Il apparaît par ailleurs que le type de comportement normal de ces musulmans d'origine rurale se rapproche beaucoup, par certains traits, de celui que nous avons l'habitude de décrire chez l'hystérique : théâtralisme, mythomanie, suggestibilité, existant à l'état normal dans ce type de population, permettent de se demander s'il s'agit d'authentiques structures hystériques, cependant que l'attitude générale de passivité dépendance suggère qu'il s'agit de personnalités fragiles, régressant facilement à un stade archaïque.

En fait, un facteur nous est vite apparu comme ayant une importance primordiale dans le développement de l'individu : l'allaitement prolongé, à la demande, avec portage presque continu de l'enfant, donnée traditionnelle renforcée par la prescription coranique. S'il est vrai, ainsi que CARROTHERS l'a avancé à propos des Noirs du Kenya, que ce mode d'alimentation constitue d'abord un facteur de sécurisation, il est probable que le sevrage tardif et brutal

représente, par contre, un traumatisme important et angoissant, responsable d'une fixation au stade oral. Cela pourrait rendre compte de la facilité avec laquelle, en réponse à un conflit ou un traumatisme, la décompensation se fait le plus souvent vers une régression à un stade encore archaïque de l'organisation de la personnalité; par là, l'individu cherche à retrouver l'état de dépendance de l'enfance, vécue comme le Paradis Perdu. Les données cliniques, l'importance accordée au rituel de la boisson, la fréquence de l'alcoolisme après abolition des barrières religieuses, témoignent de cette prévalence de l'oralité.

La fragilité individuelle, attestée par les taux d'incidence morbide, mais aussi les caractères même du comportement normal, suggèrent qu'ils'agit à tout le moins de personnalités névrotiques. Or, il ne semble pas que la morbidité psychiatrique en Algérie ait été significativement supérieure à celle de la métropole, peut être même était-elle inférieure. Il ne paraît pas, non plus, que la personnalité musulmane s'y fut révélée comme particulièrement pathogène. Comment dans ces conditions, expliquer que ce qui nous semble être une personnalité névrotique puisse apparaître, ailleurs, comme normal ?

Il semble qu'on puisse éclaircir cet apparent paradoxe par la référence aux structures sociales. La société musulmane traditionnelle est, en effet bâtie de telle façon qu'elle évite au maximum à ses membres les occasions de décompensation :

- il s'agit d'une société patriarcale dont la cellule familiale (au sens large du terme) est la base, sous la dépendance du patriarche, lui-même soumis à une autorité supérieure, etc.... L'ensemble évoque une structure pyramidale au sein de laquelle les interrelations sont telles que chacun est en position de dépendance vis à vis d'un autre. A l'extrême, le chef lui même est en situation de dépendance totale vis à vis de la règle de Dieu.

- il s'agit avant tout d'une structure collective. L'individu, que BOURDIEU définit comme "être pour autrui, mais aussi être par autrui", n'existe que par et pour la collectivité. Différant radicalement en cela de la nôtre, cette civilisation est une civilisation de l'apparence, non du vécu individuel.

- une religion tyrannique, qui abandonne le vécu mystique au profit du rituel coutumier, régit tous les actes de la vie courante. La marge de liberté est pratiquement nulle, et la notion même de responsabilité individuelle, inexistante.

En définitive, dans ce milieu particulier qui satisfait son besoin de dépendance, qui lui fournit par l'intermédiaire de la religion le cadre rigide qui lui est indispensable, la personnalité musulmane apparaît comme normale, c'est à-dire adaptée. Par contre, dès lors qu'elle est confrontée aux valeurs de la civilisation occidentale, (affirmation de l'individu, hétérogénéité du milieu, notions de liberté individuelle, de responsabilité etc...), elle apparaît comme névrotique. Son inadaptation à un milieu socio-culturel nouveau et radicalement différent rend compte de la pathologie : la maladie mentale est un refuge, et le recours au médecin ou, mieux encore, l'hospitalisation souvent quémandée, réalise la surprotection désirée par le malade. À l'hôpital en effet, et singulièrement à l'hôpital psychiatrique, il est étroitement dépendant du milieu, cependant qu'il trouve dans le dialogue singulier médecin-malade l'occasion de recréer la relation infantile avec la mère. Dès lors, sur le plan thérapeutique, deux écueils surgissent qu'il faudra éviter : d'une part trop protéger, réalisant une réponse toujours insatisfaisante à une demande jamais assouvie, risquerait d'amener à la chronicité des troubles ; d'autre part, l'adoption d'une attitude rejetante ne pourrait qu'entraîner une aggravation. Entre ces deux obstacles, la marge de manoeuvre est mince, et on conçoit les difficultés d'une thérapeutique efficace.

Il reste que l'arrivée en France des harkis et leur naturalisation posent, au premier chef, le problème de leur devenir. La fragilité que nous avons constatée, alors même que le camp de Rivesaltes constituait un milieu clos et protégé, permet de redouter que la confrontation brutale à notre milieu socio-culturel, soit l'occasion de décompensations rapides et nombreuses. C'est dire l'importance que revêt l'aménagement d'une période de transition nécessaire, seule mesure susceptible de réduire le traumatisme.

Un certain nombre d'expériences ont été effectivement réalisées qui tendent toutes à cela. Nous rappellerons pour mémoire l'installation d'un

groupe de harkis dans un village abandonné des Causses : il s'agit là d'une initiative privée, louable certes, mais en définitive de portée limitée. Il semblerait que, pour sa part, le ministère des rapatriés ait opté pour une autre solution : les chantiers de forestage, dont nous connaissons quelques exemples. Il s'agit de hameaux isolés, bâtis en matériaux préfabriqués, regroupant une douzaine de familles de même origine tribale ; l'encadrement en est assuré par une monitrice européenne plus spécialement chargée de s'occuper des femmes, et un sous officier responsable de la discipline générale ; les hameaux sont fréquemment situés à proximité d'un village, ce qui permet d'assurer la scolarisation des enfants.

Qu'il s'agisse de l'initiative privée ou des initiatives publiques, le but poursuivi est le même : recréer un milieu protégé, sécurisant, réalisant une image approchée de la mechtah d'origine, à partir duquel une évolution progressive du mode de vie et des coutumes sera possible. Ce type d'expérience paraît bien, somme toutes, constituer la meilleure réponse au problème de la réadaptation. Sa réussite, cependant, est étroitement liée à la qualité de l'encadrement d'une part, à la durée de la période de transition d'autre part. Pour les exemples dont nous avons eu connaissance, il semblerait que la durée de prise en charge envisagée par les pouvoirs publics ait été de deux à trois ans environ.

La question se pose, dès lors de savoir si un tel laps de temps suffit pour assurer une adaptation durable. D'autant que, en même temps que ce problème, est posé celui de l'acceptation des harkis par le milieu dans lequel on voudrait les fonder. Or le hameau de forestage, s'il réalise effectivement un milieu intermédiaire susceptible d'être à l'origine d'une évolution, peut également être compris et vécu comme un mode de rejection.

L'avenir pourra seul révéler dans quel sens se fera l'évolution : réussite d'une assimilation progressivement menée à son terme ou, au contraire, formation d'isolats culturels malaisément réductibles.

CONCLUSIONS

Les ex-supplétifs musulmans de l'Armée Française en Algérie et leurs familles ont été regroupés, à partir de septembre 1962, au camp de Rivesaltes. Ils constituaient, sur le plan socio-culturel un groupe homogène en dépit des apparences du fait de leur origine exclusivement rurale. Leur transplantation, dans des circonstances difficiles et parfois dramatiques, a été à l'origine d'un nombre important de manifestations psychopathiques : l'incidence de la morbidité psychiatrique au sein de ce groupe s'est avérée remarquablement élevée.

Cependant, même compte tenu des circonstances très particulières de l'émigration, il ne semble pas qu'elle suffise à rendre compte de la totalité des syndromes observés. Il apparaît qu'une place doit être faite également à un certain nombre de caractéristiques psychologiques communes à la quasi-totalité de cette population : la permanence historique des coutumes traditionnelles, le rôle de surmoi et de gardien des traditions assigné à la religion, le monolithisme des structures sociales, expliquant l'existence d'une série de stéréotypes culturels et permettent d'avancer que pourrait exister une "structure de base" du musulman d'origine rural qui reste, d'ailleurs à définir. Le type de comportement et les caractères de la pathologie font soupçonner qu'il s'agit en tous cas d'une personnalité marquée par sa passivité et son besoin de dépendance, fragile, régressant facilement à un stade encore archaïque de l'organisation de l'individu,

L'intrication étroite des facteurs socio-culturels et des facteurs psychologiques rend compte d'une pathologie qui réalise au mieux l'infantilisation désirée par le malade et définit, du même coup, les écueils auxquels de

se heurter les tentatives thérapeutiques : la réalisation de la surprotection quemandée, comme le rejet, ne peuvent qu'aggraver ou chroniciser les symptômes.

L'existence de cette population pose par ailleurs, du fait même de ses caractéristiques, le problème de sa réadaptation ultérieure. A ce titre, il semble que la solution qu'aurait retenue le ministère des rapatriés ait pu constituer la meilleure réponse possible : la création de chantiers de forestage, hameaux isolés abritant une douzaine de familles de même origine dont l'encadrement est assuré par une monitrice européenne et un sous officier de carrière, réalise un milieu homogène, recrée une image approchée de la communauté originelle, et permet l'adaptation progressive à un type de civilisation radicalement différent. Il faut noter, toutefois que cette mesure n'est, dans l'esprit des pouvoirs publics, que très transitoire ; en tout état de cause, les harkis devraient être livrés à eux mêmes après trois ans au plus. Reste à savoir, et l'avenir le dira sans doute, si ce laps de temps suffit pour réaliser une adaptation durable.

oOo

Permis d'imprimer accordé le 1/4/1966

Le Recteur

P. LOUIS

Le Doyen

J. F. CIER

Le Président de la thèse

J. DECHAUME.

BIBLIOGRAPHIE

1 - ALLIEZ J. et DECOMBES H.

Réflexions sur le comportement psychopathologique d'une série
de nord africains musulmans immigrés
Annales médico-psychologique 1952, 2, pp.150-156

2 - AUBIN H.

Les maladies de l'adaptation en psychiatrie
Annales médico-psychologiques 1951, 1

3 - AUBIN H.

L'homme et la Magie
Desclée de Brouwer ed. 1952

4 - BACHET M.

Etude sur les états de nostalgie
Annales médico-psychologiques 1950, 1 et 2

5 - BITOUN G.

Quelques aspects sociaux et cliniques de la psychiatrie en Algérie
Thèse Paris 1958

6 - BOURDIEU P., Sociologie de l'Algérie

Coll. "Que Sais je"
PUF ed. 1959

7 - BRISSOT F.

Propos sur la mentalité des musulmans nord africains
Annales médico-psychologiques 1959, 1, pp.495-504

8 - BOITELLE G. et BOITELLE LENTULO CL.

Psychoses réactionnelles au dépaysement chez les travailleurs
étrangers.
Communication au congrès des aliénistes et neurologistes
de langue Française, Clermont Ferrand, 1949

9 - CARROTHERS

Psychologie normale et pathologique de l'Africain
Coll. des monographies de l'OMS, Masson Ed.

10 - CHAMPION Y.

Psychiatrie médico-sociale des migrations et transplantations
Thèse Paris 1958

11 - CHATAGNON

Les psychoses réactionnelles
Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française
Clermont Ferrand 1949

12 - COHEN J.

La santé mentale des sujets transplantés et sans foyer
Bulletin de la Fédération mondiale pour la Santé mentale - août 1950

13 - COLIN M.

La morbidité nord africaine dans la métropole
Thèse Lyon 1952

14 - LE CORAN - Trad. de Ed. Montet

Coll. "Petite Bibliothèque Payot" 2 vol. Payot Ed.

15 - DAUMEZON G., CHAMPION Y et CHAMPION-BASSET J.

L'incidence psychopathologique sur une population transplantée
d'origine nord africaine
Etudes de socio-psychiatrie, Monographie de l'INH, Paris
n° 7, 1955

16 - DAUMEZON G., CHAMPION Y et CHAMPION-BASSET J.

L'assistance psychiatrique aux malades mentaux d'origine
Nord Africaine musulmane en métropole
Monographie de l'INH, Paris n° 15, 1957

17 - DAUMEZON G.

Emigration et pathologie mentale
Communication au congrès international sur l'émigration et la
pathologie mentale - Milan 1963

III

18 - DELORE A. et LAMBERT R.

Enquête sur la pathologie dans la métropole de l'algérien musulman,

Concours médical, 3 décembre 1955, pp. 4545-4552

19 - DESPINROY J., BENOIST, MARES et COLSON

Manifestations hystériques et culture

54ème congrès des aliénistes et neurologistes de langue française. Bordeaux 1956

20 - FANON F.

Les damnés de la terre

Coll. "les cahiers libres" F. Maspero ed. Paris 1961

21 - FANON F.

Peau noire, masques blancs

Ed. Le Seuil Paris 1965, 2è éd.

22 - FARES F.

L'enfant musulman

Sauvegarde de l'enfance, aout octobre 1950

23 - GRESSOT M.

Les relations de transfert dans la médecine des cultures primitives.

Evolution Psychiatrique, 1955, 2, pp. 251-270

24 - HELD R.

Dépressions à expression somatique

Revue du Praticien T. XIII, n° 25, pp. 3001-3008

25 - MALLET J.

La dépression névrotique

Evolution Psychiatrique, 1955, 3, pp. 483-501

26 - MASSON A.

Psychopathologie de l'isolement, de l'attente et de l'ennui
Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française
Luxembourg 1952

27 - MASSON A.

Réactions à la séparation et au déracinement
Annales médico-psychologiques, 1953, 1

28 - POROT A.

Notes de psychiatrie musulmane
Annales médico-psychologiques 1918, 1, pp. 377-384

28 - POROT A. et SUTTER J.

Le primitivisme des indigènes nord africains
Ses incidences en pathologie mentale
Sud Médical et Chirurgical, 15 avril 1939

30 - MANCEAUX G.A., SUTTER J. et PELICIER Y.

Les états mélancoliques chez l'indigène nord africain
52è congrès des aliénistes et neurologistes de langue
française. Liège 1954

31 - SIGWALD J., STEIN C., QUETIN A.

Influence de la vie moderne sur l'état psychique de l'individu
Gazette Médicale de France, T. 63, n° 17, pp. 1399-1406

32 - SIVADON P.

Géographie humaine et psychiatrie
Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française
Marseille 1948

33 - SIVADON P., KOECHLIN P. et GUIBERT A.

A propos des troubles mentaux des transplantés
Annales médico-psychologiques 1954, 2

34 - SUTTER J.

Quelques aspects de la psychogénèse en milieu nord africain
Maroc Médical, 1949, pp. 215-216

35 - SUTTER J. et PELICIER Y.

La crise pubertaire chez le musulman d'algérie
57è congrès des Al. et nevr. Tours 1959

36 - EY H.

Etudes psychiatriques, T. II



EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V* -
ODÉ 58-90